



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

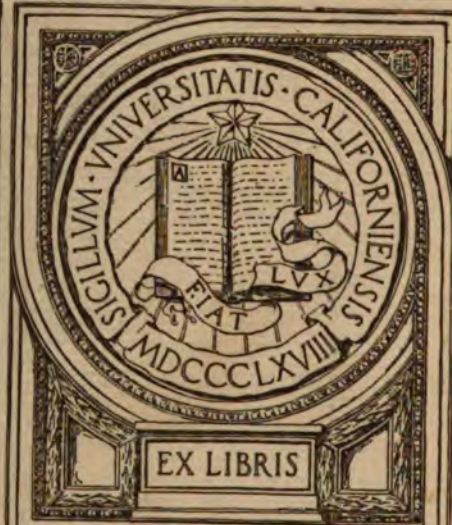
We also ask that you:

- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

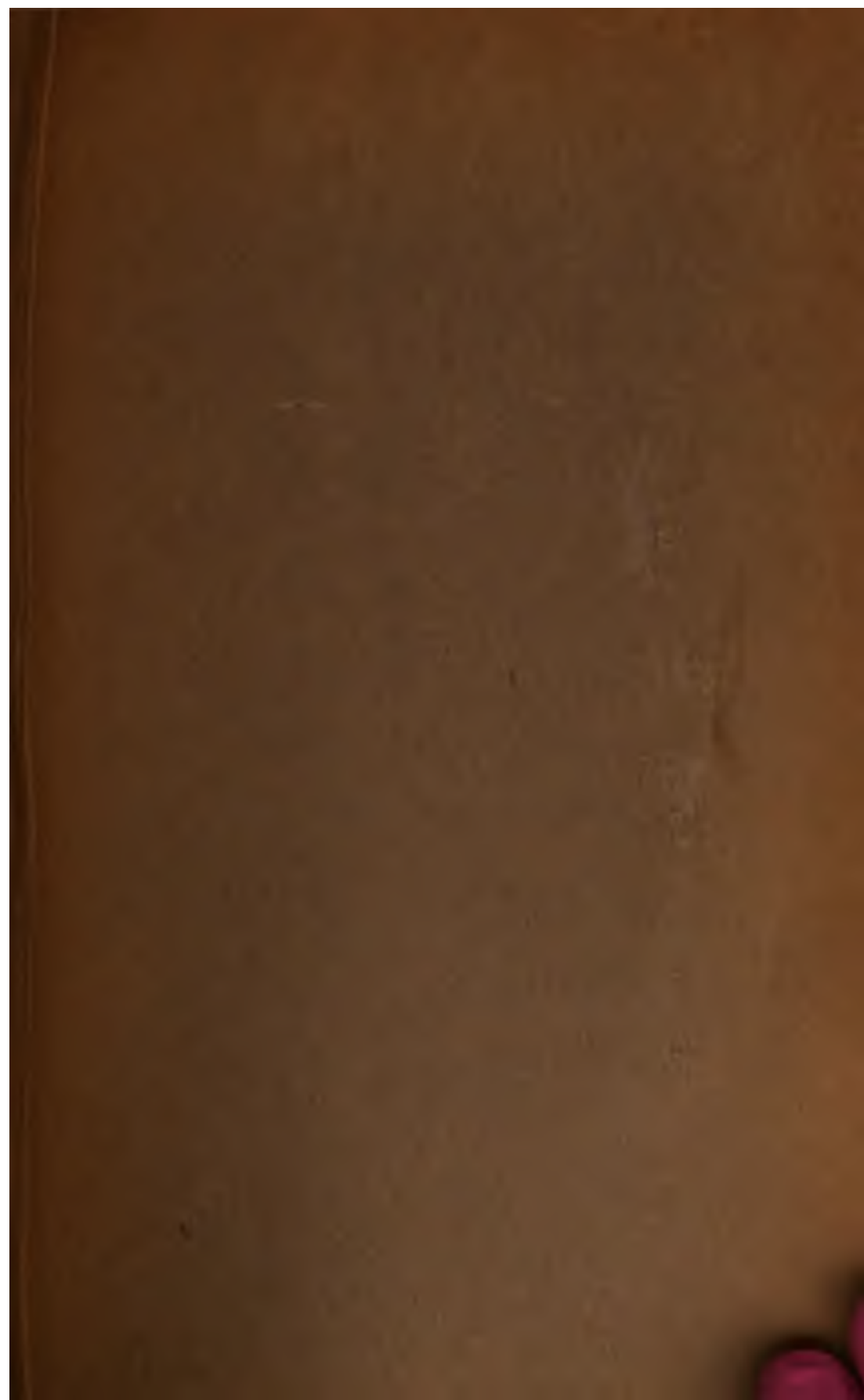
About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>

MEDICAL SCHOOL
LIBRARY



EX LIBRIS



SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DE
DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Fondée le 22 Juin 1889

BULLETIN DES SÉANCES

7^e ANNÉE — 1896



BULLETIN
DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DE
DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

PUBLIÉ PAR MM. LES DOCTEURS

**W. DUBREUILH, JACQUET, JEANSELME, PERRIN,
VERCHÈRE, WICKHAM**

SECRÉTAIRES ANNUELS

SOUS LA DIRECTION

DE

M. le Docteur H. HALLOPEAU

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

~~~~~  
**7<sup>e</sup> ANNÉE. — 1896**  
~~~~~

.....
PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

1896

711A 711
10000 10000

SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DE
DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

D É C R E T

Portant déclaration d'utilité publique.

LE PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE,

Sur le rapport du Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts ;

Vu la demande formée par le président de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie à l'effet d'être reconnue comme établissement d'utilité publique ;

Vu les statuts de ladite société ;

Vu la situation financière ;

Vu les avis du Préfet de la Seine en date du 6 septembre 1894 et du Recteur de l'Académie en date du 13 octobre 1894 ;

Ensemble les autres pièces à l'appui ;

La section de l'Intérieur, des Cultes, de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, du Conseil d'État entendue ;

D É C R È T E :

ART. I. — La Société française de dermatologie et de syphiligraphie, fondée le 22 juin 1889, est reconnue comme établissement d'utilité publique.

ART. II. — Les statuts sont approuvés tels qu'ils sont annexés. Aucune modification ne pourra y être apportée sans l'autorisation du gouvernement.

ART. III. — Le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 12 janvier 1895.

Signé : CASIMIR-PÉRIER.

Par le Président de la République :

Le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts,

Signé : G. LEYGUES.

STATUTS DE LA SOCIÉTÉ

ANNEXÉS AU DÉCRET DU 12 JANVIER 1895

TITRE PREMIER. — But et Siège de la Société.

ARTICLE PREMIER. — L'Association dite : **Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie**, fondée le 22 juin 1889, à Paris, a pour but de :

1° Répandre parmi les médecins la connaissance des maladies cutanées et syphilitiques ;

2° Mettre en lumière, au profit de la science, les matériaux, qui, jusque-là, restaient en grande partie enfouis dans les hôpitaux spéciaux.

ART. 2. — Elle a son siège à Paris.

TITRE II. — Composition de la Société.

ART. 3. — La Société se compose :

- 1° De membres titulaires ;
- 2° De membres correspondants étrangers ;
- 3° De membres honoraires ;
- 4° De membres donateurs ;
- 5° De membres bienfaiteurs ;
- 6° De membres auxiliaires.

Pour être membre titulaire, il faut : 1° être présenté par deux membres au moins de la Société, être agréé par le Comité de direction et être élu au scrutin secret par les trois quarts au moins des suffrages exprimés ; 2° payer un droit d'admission de 10 francs et une cotisation annuelle dont le minimum est de 20 francs.

La cotisation peut être rachetée en versant une somme égale à vingt fois le montant de la cotisation annuelle.

Le Comité de direction peut conférer le titre de donateur ou de bienfaiteur aux membres qui ont versé une somme de 500 francs (1^{er} cas) au minimum, ou de 1,000 francs (2^e cas) au minimum.

TITRE III. — Comité de direction.

ART. 4. — Le Comité de direction se compose : du président, de trois vice-présidents, du secrétaire général, du trésorier et de cinq membres, soit au total de onze personnes élues directement, au scrutin secret, par l'Assemblée générale, pour une année au moins et pour cinq années au plus.

Les membres sortants sont rééligibles.

Le président, les trois vice-présidents, le secrétaire général et le trésorier constituent à la fois le Bureau du Comité de direction et le Bureau de l'Assemblée générale de la Société.

Au bureau seront adjoints les anciens présidents et vice-présidents élus présidents d'honneur.

Le Comité se réunit autant que possible tous les deux mois, et chaque fois qu'il est convoqué par son président ou sur la demande du quart de ses membres.

La présence du tiers des membres du Comité de direction est nécessaire pour la validité des délibérations.

Il est tenu procès-verbal des séances.

Les procès-verbaux sont signés par le président et le secrétaire général.

ART. 5. — Les délibérations du Comité de direction relatives à l'acceptation des dons et legs, aux acquisitions et échanges d'immeubles, sont soumises à l'approbation du Gouvernement.

ART. 6. — Les délibérations du Comité de direction relatives aux aliénations d'immeubles ou des valeurs provenant du fonds de réserve, constitutions d'hypothèques, baux à long terme et emprunts ne sont valables qu'après l'approbation par l'Assemblée générale.

ART. 7. — Le trésorier représente la Société en justice et dans tous les actes de la vie civile.

Il agit avec l'autorisation du Comité de direction, sauf pour l'administration courante, et dans les cas d'urgence.

Il n'acquitte aucune dépense si elle n'a été préalablement autorisée par le Conseil et ordonnée par le secrétaire général.

ART. 8. — Toutes les fonctions de la Société sont gratuites.

TITRE IV. — Ressources de la Société.

ART. 9. — Les ressources annuelles de la Société se composent :

- 1° Du droit d'admission et des cotisations et souscriptions de ses membres ;
- 2° Des subventions qui pourraient lui être accordées ;
- 3° Du produit des ressources créées à titre exceptionnel, et s'il y a lieu, avec l'autorisation du Gouvernement ;
- 4° Enfin du revenu de ses biens et valeurs de toute nature.

ART. 10. — Le fonds de réserve comprend :

- 1° La dotation ;
- 2° Le dixième de l'excédent des ressources annuelles ;
- 3° Les sommes versées pour le rachat des cotisations ;
- 4° Le produit des libéralités autorisées sans emploi.

Le fonds de réserve est placé en rentes nominatives 3 p. 100 sur l'État ou en obligations nominatives de chemins de fer dont le minimum d'intérêt est garanti par l'État.

TITRE V. — Moyens d'action de la Société.

ART. 11. — Les moyens d'actions de la Société sont :

- 1° Le *Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie* ;

- 2° Les publications et mémoires ;
 - 3° Les conférences et cours organisés par les soins de la Société, soit à Paris, soit en province ;
 - 4° Les expositions et musées spéciaux ;
 - 5° Les prix et récompenses décernés à la suite de concours.
- ART. 12. — La Société peut se diviser en différentes Commissions spéciales et annuelles.

ART. 13. — Aucune publication ne peut être faite au nom de la Société sans l'examen préalable et l'approbation du Bureau.

TITRE VI. — Assemblée générale.

ART. 14. — L'Assemblée générale des membres de la Société se réunit au moins une fois par an, sur convocations individuelles. Son ordre du jour est réglé par le Comité de direction.

Elle entend les rapports sur la gestion du Comité de direction, et sur la situation financière et morale de la Société.

Elle approuve les comptes de l'exercice clos, vote le budget de l'exercice suivant, et pourvoit au renouvellement des membres du Comité de direction.

Elle délibère en outre sur toutes les questions qui doivent lui être soumises en vertu des présents statuts.

Le rapport annuel et les comptes approuvés par l'Assemblée générale sont adressés à tous les membres de la Société, au préfet du département de la Seine et au ministre de l'Intérieur.

TITRE VII. — Dispositions spéciales.

ART. 15. — La qualité de membre de la Société se perd :

1° Par la démission ;

2° Par la radiation prononcée, pour motifs graves, par l'Assemblée générale, spécialement convoquée à cet effet, votant au scrutin secret, à la majorité des deux tiers des membres présents, sur le rapport du Comité de direction, et après que le membre intéressé aura été dûment mis en demeure de fournir ses explications oralement ou par écrit.

ART. 16. — Les présents statuts ne pourront être modifiés que sur la proposition du Comité de direction ou de vingt-cinq membres de la Société après qu'elle aura été soumise au bureau au moins un mois avant la séance de l'Assemblée générale.

L'Assemblée générale et extraordinaire, spécialement convoquée à cet effet, ne peut modifier les statuts qu'à la majorité des deux tiers des membres présents.

L'Assemblée générale doit se composer du quart, au moins, des membres en exercice.

La délibération de l'Assemblée générale est soumise à l'approbation du Gouvernement.

ART. 17. — L'Assemblée générale appelée à se prononcer sur la dissolution de la Société, et convoquée spécialement à cet effet, doit comprendre, au moins, la moitié plus un des membres en exercice. Ses résolutions sont prises à la majorité des deux tiers des membres présents, et soumises à l'approbation du Gouvernement.

ART. 18. — En cas de dissolution, prévu par l'article précédent, l'Assemblée générale, délibérant dans les conditions prévues par cet article, attribue l'actif de la Société à un ou plusieurs établissements analogues, publics ou reconnus d'utilité publique.

Toutefois, si le nombre des membres prévus par l'article précédent n'est pas atteint, il sera statué, après une seconde convocation, quel que soit le nombre des présents.

L'Assemblée générale désignera un ou plusieurs commissaires chargés de la liquidation des biens de l'association.

Ces délibérations sont soumises à l'approbation du Gouvernement.

ART. 19. — Il sera procédé de même au cas de retrait de la reconnaissance de l'association comme établissement d'utilité publique. Dans le cas où l'Assemblée générale se refuserait, soit à délibérer sur l'attribution de l'actif, soit à nommer le commissaire-liquidateur prévu à l'article précédent, il y serait pourvu par un décret rendu dans la forme des règlements d'administration publique.

Les détenteurs de fonds, livres et archives appartenant à l'association s'en dessaisissent valablement entre les mains du commissaire-liquidateur désigné par ledit décret.

ART. 20. — Un règlement intérieur, adopté par l'Assemblée générale, et approuvé par le ministre de l'Intérieur après avis du ministre de l'Instruction publique, arrête les conditions de détail propres à assurer l'exécution des présents statuts.

Il peut toujours être modifié dans la même forme.

RÈGLEMENT

TITRE PREMIER. — But et composition de la Société.

ARTICLE PREMIER. — La Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie est une Société exclusivement scientifique.

ART. 2. — En principe, elle exige de ses membres le diplôme de Docteur en Médecine, ou, quand ils sont étrangers, un titre similaire.

ART. 3. — Exceptionnellement, elle peut admettre dans son sein des savants qui, sans titre médical officiel, se sont créés une notoriété spéciale par leurs travaux scientifiques ; elle les nomme membres auxiliaires.

ART. 4. — Les membres correspondants étrangers sont présentés par le Comité de direction, et nommés par l'Assemblée générale de la Société ; leur élection n'a lieu que s'ils réunissent les trois quarts des suffrages exprimés.

ART. 5. — La Société peut conférer le titre de membre honoraire de la Société.

Les anciens présidents et vice-présidents peuvent être élus présidents d'honneur, auquel cas ils font partie du Bureau et du Comité de direction, à perpétuité et sans nouvelle élection.

TITRE II. — Composition et fonctions du Bureau.

ART. 6. — Le Bureau comprend un président, trois vice-présidents, un secrétaire général, un trésorier, un bibliothécaire-archiviste et six secrétaires des séances ; il peut comprendre également un ou plusieurs présidents honoraires ; l'un des vice-présidents et deux des secrétaires des séances doivent être nécessairement choisis parmi les membres titulaires résidant dans les départements.

ART. 7. — Le président, les vice-présidents, les cinq membres du Comité et les secrétaires annuels sont nommés pour un an.

Le secrétaire général, le trésorier et l'archiviste-bibliothécaire sont nommés pour trois ans.

Ils peuvent être temporairement remplacés par l'un des secrétaires des séances.

ART. 8. — Le président ou, en son absence, l'un des vice-présidents, dirige les séances.

Les présidents honoraires peuvent également diriger les séances.

Le secrétaire général prépare l'ordre du jour de chaque réunion, annonce les pièces de la correspondance, rédige et signe tous les actes de la Société ; il dirige l'impression des comptes rendus.

L'archiviste-bibliothécaire garde les procès-verbaux des séances, ainsi que les livres, mémoires, correspondances, images, analyses, pièces et instruments, offerts à la Société ; il les classe et en dresse chaque année un catalogue.

Les secrétaires des séances sont chargés de la rédaction et de la lecture des procès-verbaux ; ils font les comptes rendus des séances, en rédigent les bulletins et les font imprimer, sous la direction du secrétaire général.

Le trésorier fait toutes les écritures relatives à la comptabilité de la Société ; il encaisse toutes les recettes, il signe les bordereaux et les solde.

Chaque année, il rend ses comptes au Comité de direction, qui délègue spécialement un de ses membres pour les vérifier.

Les comptes du trésorier doivent être arrêtés au 31 décembre de l'année précédente.

Ils doivent être soumis en février ou mars au Comité de direction.

L'Assemblée statutaire ne se prononce sur les comptes du trésorier qu'après avoir entendu le rapport du Comité de direction.

TITRE III. — Fonctions du Comité de direction.

ART. 9. — Toutes les affaires concernant la Société sont confiées au Comité de direction.

Le Comité est plus particulièrement chargé :

- 1° De la publication des travaux ;
- 2° De la gestion financière ;
- 3° De tout ce qui peut intéresser la dignité de la Société.

TITRE IV. — Des séances.

ART. 10. — La Société se réunit à Paris, au Musée de l'hôpital Saint Louis, de 9 heures à 11 heures du matin, le second jeudi de chaque mois, sauf pendant la période des vacances (août, septembre et octobre).

Outre les séances mensuelles, la Société tient une session annuelle qui a lieu les jeudi, vendredi et samedi de la semaine qui suit Pâques.

Des séances supplémentaires peuvent avoir lieu si elles sont demandées et votées par la Société.

La séance du jeudi après Pâques est la séance statutaire prévue par l'article 14 des statuts.

Une session supplémentaire peut avoir lieu en province ; la session de Pâques, où se tient l'Assemblée générale, est alors réduite à la séance réglementaire du deuxième jeudi du mois.

ART. 11. — Toute communication d'une personne étrangère à la Société ne pourra être lue en séance qu'après autorisation du Comité de direction.

Toutefois le Bureau pourra autoriser une présentation de malade ou de pièce.

ART. 12. — Les travaux des séances ont lieu dans l'ordre suivant :

- 1° Lecture et adoption de procès-verbal ;
- 2° Correspondance ;
- 3° Présentations de malades ;
- 4° Communications originales et présentations de pièces. La Société peut, sur l'avis du Bureau, intervertir cet ordre.

TITRE V. — Recettes.

ART. 13. — La cotisation annuelle de 20 francs est payable d'avance, c'est-à-dire dès le premier jour de la nouvelle année.

Le recouvrement en est assuré par le trésorier.

ART. 14. — Au cas où la cotisation est rachetée par le versement d'une somme de 400 francs, égale à vingt fois son montant, le versement peut être effectué en quatre annuités consécutives de 100 francs chacune.

ART. 15. — Tout membre qui a laissé s'écouler une année entière sans verser le montant des droits fixés par les statuts, est considéré comme ne faisant plus partie de la Société ; il doit préalablement avoir reçu deux avertissements officiels.

TITRE VI. — Publications.

ART. 16. — Chaque année, le nombre de feuilles publiées gratuitement dans le Bulletin sera limité à 30. Si ce chiffre est dépassé, l'excédent des dépenses d'impression sera réparti proportionnellement entre ceux des membres qui auront franchi la moyenne établie par le Comité de direction, d'après l'étendue des communications faites dans l'année.

ART. 17. — Les membres titulaires seuls ont droit à la publication de leurs travaux.

ART. 18. — Les communications des membres correspondants pourront, après avis du Comité de direction, être publiées, à la condition qu'ils en payent les frais.

TITRE VII. — Modifications au règlement.

ART. 19. — Toute proposition de modification à apporter dans le règlement devra être présentée par dix membres titulaires et soumise au Comité de direction, qui l'approuvera ou la combattrà au sein de la Société.

La Société a élu comme conseil judiciaire M. Tommy-Martin.

ANNÉE 1896

COMPOSITION DU BUREAU

<i>Président.</i>	M. ERNEST BESNIER (de Paris).
<i>Vice-présidents</i>	{ MM. ALFRED FOURNIER (de Paris). MAURIAC (de Paris). DOYON (de Lyon).
<i>Secrétaire général.</i>	M. H. HALLOPEAU (de Paris).
<i>Secrétaires annuels</i>	{ MM. W. DUBREUILH (de Bordeaux). JACQUET (de Paris). JEANSELME (de Paris). PERRIN (de Marseille). VERCHÈRE (de Paris). WICKHAM (de Paris).
<i>Trésorier.</i>	M. DU CASTEL (de Paris).
<i>Archiviste.</i>	M. FEULARD (de Paris).

COMITÉ DE DIRECTION ⁽¹⁾

MM. BALZER.
BROcq.
E. GAUCHER.

MM. LE PILEUR.
TENNESON.

(1) Les Présidents d'honneur, le Président, les Vice-Présidents, le Trésorier et le Secrétaire général font, de droit, partie du Comité de direction.



MEMBRES TITULAIRES⁽¹⁾

MM. LES DOCTEURS :

- Abadie**, ancien interne des hôpitaux de Paris, 9, rue Volney.
Archambault (Paul), 20, rue de l'Hospitalité, Tours.
Arnozan, professeur de thérapeutique à la Faculté, médecin des hôpitaux, 27 *bis*, pavé des Chartrons, Bordeaux.
Aubert, médecin de l'Antiquaille, 32, rue Victor-Hugo, Lyon.
Audouard, ancien interne des hôpitaux de Paris, 6, rue Mairan, Béziers.
Audrain, 7, rue de Naples, Paris.
Audry (Ch.), chargé de la clinique de dermatologie et de syphiligraphie à la Faculté de médecine, 8, boulevard de Strasbourg, Toulouse.
Augagneur, professeur à la Faculté, 15, rue St-Dominique, Lyon.
* **Balzer**, médecin de l'hôpital du Midi, 8, rue de l'Arcade.
Bar, agrégé à la Faculté, accoucheur de l'hôpital St-Louis, 122, rue de la Boétie.
Barbe, ancien interne des hôpitaux de Paris, 34, rue de Penthièvre.
* **Barthélemy**, médecin de St-Lazare, ancien chef de clinique à l'hôpital St-Louis, 21, rue de Paradis.
Batut, médecin major au 133^e d'infanterie à Pierre-Chatel (Ain).
Baudot, ancien interne de l'hôpital St-Louis, 50, rue Taitbout.
Baudouin, ancien interne de l'hôpital St-Louis, 5, rue de Mont-Thabor.
Béclère, médecin de l'hospice Debrousse, 5, rue Scribe.
* **Besnier (Ernest)**, médecin de l'hôpital St-Louis, membre de l'Académie de médecine, 59, boulevard Malesherbes.
* **Beurmann (de)**, médecin de Lourcine, 40 *bis*, faubourg Poissonnière.
Binet (Maurice), 21, rue de l'Odéon.
Brault, médecin-major, professeur suppléant de pathologie chirurgicale à l'École de médecine, Alger.
* **Brocq**, médecin de l'hôpital Larochefoucauld, 65, rue d'Anjou St-Honoré.
Brousse, professeur agrégé, chargé du cours de clinique dermatologique à la Faculté de Montpellier, Montpellier.
* **Bruchet**, ancien chef de clinique de l'hôpital St-Louis, 9, rue du Caire
Burlureaux, professeur agrégé au Val-de-Grâce, 132, rue de Rennes.
Castel (du), médecin de l'hôpital St-Louis, 241, boulevard St-Germain.
Caylà, ancien interne des hôpitaux de Paris, 31, avenue de Neuilly, Neuilly-sur-Seine.
Cazalis, à Aix-les-Bains (Savoie) et à Paris, 96, rue de Miromesnil.
* **Comby**, médecin de l'hôpital Troussenu, 13, rue Godot-de-Mauroi.
Danlos, médecin de l'hôpital St-Louis, 89, rue d'Amsterdam.
Darier, médecin des hôpitaux, ancien chef du laboratoire de la Faculté à l'hôpital St-Louis, 26, boulevard St-Germain.
Doyon, correspondant de l'Académie de médecine, médecin-inspecteur à Uriège (Isère) et 27, rue de Jarente, Lyon.

(1) Les noms qui sont précédés d'un astérisque sont ceux des membres fondateurs.

- MM. **Dron**, chirurgien de l'Antiquaille, 5, rue Pizay, Lyon.
- Dubois-Havenith**, professeur agrégé à la Faculté de médecine, 16, rue du Gouvernement-Provisoire, Bruxelles (Belgique).
- Dubreuilh (W.)**, agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux, 4, cours du Jardin-Public, Bordeaux.
- Dubuc**, ancien interne de l'hôpital St-Louis, 83, rue Tailbout.
- Duguet**, membre de l'Académie de médecine, agrégé à la Faculté, médecin de l'hôpital Lariboisière, 60, rue de Londres.
- Ehlers**, chef de clinique de l'Université à l'hôpital communal de Copenhague, Stromgade, 35.
- Eraud**, chef de clinique à la Faculté de médecine, 24, rue Victor-Hugo, Lyon.
- Étienne**, agrégé à la Faculté, 8, rue Granville, Nancy.
- Eudlitz**, 26, rue Lemercier.
- Fabre**, à Commentry (Allier).
- Ferras**, ancien interne des hôpitaux de Paris, à Luchon (Haute-Garonne).
- * **Feulard**, ancien chef de clinique à l'hôpital St-Louis, médecin adjoint de St-Lazare, 20, rue St-Georges.
- * **Fournier (Alfred)**, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital St-Louis, membre de l'Académie de médecine, 1, rue Völney.
- Fredet**, 14, Avenue Wagram.
- Galezowski**, 109, boulevard Haussmann.
- Gastou**, chef de clinique adjoint à l'hôpital St-Louis, 3, rue Chauveau-Lagarde.
- * **Gaucher (Ernest)**, agrégé à la Faculté, médecin de l'hôpital St-Antoine, 11, rue de St-Pétersbourg.
- Gémy**, professeur des maladies syphilitiques et cutanées à l'École de médecine, rue de la Lyre, Alger.
- Gilbert**, agrégé à la Faculté, médecin de l'hôpital Broussais, 27, rue de Rome.
- Glénard**, professeur à la Faculté de médecine, 13, quai de l'Est, Lyon.
- Guérinaud**, à Clamart. (Seine).
- * **Hallopeau**, agrégé à la Faculté, médecin de l'hôpital St-Louis, membre de l'Académie de médecine, 91, boulevard Malesherbes.
- Haushalter**, chef de clinique à la Faculté de médecine, 4, rue de Rigny, Nancy.
- * **Hermet**, 121, boulevard Haussmann.
- Heulz**, à la Bourboule (Puy-de-Dôme) et 6, rue de la Bienfaisance, Paris.
- Horand**, chirurgien de l'Antiquaille, 99, rue de l'Hôtel-de-Ville, (Paris)
- Hudelo**, ancien chef de clinique de la Faculté à l'hôpital St-Louis, 6, rue du Mont-Thabor.
- Humbert**, agrégé à la Faculté, chirurgien de l'hôpital du Midi, 12, rue Cambon.
- Hutinel**, agrégé à la Faculté, médecin de l'hospice des Enfants-Assistés, 1, rue de Courcelles.
- Jacquet**, ancien interne de l'hôpital St-Louis, 58, rue de Monceau.

- MM. Jamin**, ancien interne des hôpitaux de Paris, 52, rue Taitbout.
Jeanselme, ancien interne de l'hôpital St-Louis, 16, rue du Général-Foy.
Josias, médecin de l'hôpital Trousseau, 3, rue Montalivet.
* **Jullien**, agrégé à la Faculté de médecine de Nancy, chirurgien de St-Lazare, 12, rue de la Chaussée-d'Antin.
Kalindero, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur de clinique à Bucharest.
Lafay, 31, rue des Récollets,
Langenhagen (de), ancien interne des hôpitaux, 3, cité Rougemont.
Laussedat, à Royat (Puy-de-Dôme).
Lavarenne (de), 8, rue de Florence.
Le Blond, médecin de St-Lazare, 53, rue d'Hauteville.
Le Dentu, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté, chirurgien de l'hôpital Necker, membre de l'Académie de médecine, 27, rue du Général-Foy.
Legrain, médecin-major à l'hôpital militaire de Blidah (Constantine).
* **Leloir**, professeur à la Faculté, correspondant de l'Académie de médecine, 34, place aux Bleuets, Lille.
Lemonnier, à Flers (Orne).
* **Le Pileur**, médecin de St-Lazare, 15, rue de l'Arcade.
Leredde, chef de laboratoire à l'hôpital St-Louis, 9, avenue du Trocadéro
Lucas-Championnière (Just), chirurgien de l'hôpital Beaujon, membre de l'Académie de médecine, 3, avenue Montaigne.
* **Marfan**, agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux, 7, rue Richepanse.
Marmonnier, 18, rue de la République, Marseille.
Marty, médecin du Dispensaire de salubrité, 23, rue St-Denis.
Mathieu (Albert), médecin de l'hôpital Tenon, 37, rue des Mathurins.
Mauriac, médecin de l'hôpital du Midi, 15, rue Caumartin.
Mendel, ancien interne de l'hôpital St-Louis, 53, rue Vivienne, Paris.
Méneau, médecin à la Bourboule, 261, rue Judaïque Bordeaux (Gironde).
Merklen, médecin de l'hôpital Laennec, 60, rue de La Boétie.
Meunier (Valéry), à Pau (Basses-Pyrénées).
Mireur, médecin des hôpitaux, 1, rue de la République, Marseille.
Moreau, 47, rue Rempart-St-Étienne, Toulouse.
Morel-Lavallée, ancien chef de clinique à l'hôpital St-Louis, 8, rue Taitbout.
Moty, professeur agrégé au Val-de-Grâce, hôpital militaire, Lille.
Nélaton, chirurgien de l'hôpital St-Louis, agrégé à la Faculté, 368, rue St-Honoré.
Netter, agrégé à la Faculté, médecin de l'hôpital Trousseau, 129, boulevard St-Germain.
Nicolas, à la Bourboule (Puy-de-Dôme).
Oudin, ancien interne des hôpitaux de Paris, 12, rue de Belzunce.
Pallier, ancien interne des hôpitaux de Paris, 24, rue des Martyrs.
Péan, chirurgien honoraire de l'hôpital St-Louis, membre de l'Académie de médecine, 24, boulevard Malesherbes.
Perrin, ancien interne de l'hôpital St-Louis, 142, rue de Paradis, Marseille.
Petit (Paul), ex-médecin de la marine, 30, rue Racine.

MM. Portulier, 219, rue St-Honoré.

Pouchet, professeur à la Faculté, ancien chef du laboratoire de Chimie à l'hôpital St-Louis, 15, villa de la Réunion, Auteuil.

Prieur, 24, Boulevard Voltaire.

Puy Le Blanc, médecin à Royat, 32, avenue de Limoges, à Niort.

* **Raymond (Paul)**, ancien interne de l'hôpital St-Louis, 32, av. Kléber.

Renaut (J.), professeur à la Faculté, médecin des hôpitaux, 6, rue de l'Hôpital, Lyon.

Renault (Alexandre), médecin de l'hôpital de Lourcine, 58 bis, rue de la Chaussée-d'Antin.

Rénon (Louis), ancien interne de l'hôpital St-Louis, 17, rue d'Anjou.

Reumaux, médecin des épidémies, médecin du dispensaire municipal, Dunkerque.

Rey, professeur à l'École de médecine, 2, rue du Divan, Alger.

Richelot (G.), chirurgien de l'hôpital St-Louis, 32, rue de Penthievre.

Riocreux, 44, rue Ste-Placide.

* **Rollet (Étienne)**, professeur agrégé à la Faculté, 10, rue des Archers, Lyon.

Roustan, rue d'Antibes, Cannes (Alpes-Maritimes).

Roux (Louis), 66, boulevard Sébastopol.

Ruck, ancien chef de clinique, à Bagnères-de-Luchon.

Sabouraud, chef de laboratoire à l'hôpital St-Louis, rue Bichat.

Sabrazès, professeur agrégé, médecin des hôpitaux, 3, rue Jean-Burguet, à Bordeaux.

Schmitt, professeur à la Faculté, 51, place St-Jean, Nancy.

Sevestre, médecin de l'hôpital des Enfants, 53, rue du Châteaudun.

Souplet (Abel), ancien interne de l'hôpital St-Louis, 30, rue Bonaparte.

Spillmann, professeur à la Faculté, rue des Carmes, Nancy.

Suchard, ancien interne des hôpitaux de Paris, chef du laboratoire d'histologie à la Charité, préparateur au Collège de France, 75, rue Notre-Dame-des-Champs.

Tavernier, chef de clinique à la Faculté de Lille.

Terson, 17, Boulevard Malesherbes.

* **Tenneson**, médecin de l'hôpital St-Louis, 77, rue du Bac.

* **Thibierge (Georges)**, médecin de l'hôpital de la Pitié, 7, rue de Surène.

* **Trousseau**, médecin des Quinze-Vingts, 57, boulevard Haussmann.

* **Verchère**, chirurgien de St-Lazare, ancien chef de clinique chirurgicale de la Faculté, 101, rue du Bac.

Vérité, 13, rue Spontini.

Veyrières, à la Bourboule (Puy-de-Dôme), et 2, rue Thénard, Paris.

Viennois, ancien interne de l'Antiquaille, 30, quai de la Charité, Lyon.

Zambaco-Pacha, ancien interne des hôpitaux de Paris, correspondant national de l'Académie de médecine, ancien chef de clinique médicale de la Faculté, 19, rue Kouloglou, Constantinople.

Wickham (Louis), chef de clinique à l'hôpital St-Louis, 36, rue Matignon.

MEMBRES TITULAIRES DÉCÉDÉS

MM. Ricord, président d'honneur (1889).
Dreyfous, membre fondateur (1889).
Deligny (1890).
Horteloup (1893).
Le Professeur **Hardy**, président d'honneur (1893).
E. Vidal, président (1893).
Lallier, président d'honneur (1893).
Pignot (1893).
Diday, président d'honneur (1894).
Quinquaud, membre du Comité de direction (1894).
Rollet, président d'honneur (1894).
Malécot (1894).

MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS

MM. LES DOCTEURS :

Amicis (Tommaso de), professeur et directeur de la clinique dermo-syphiligraphique à l'Université de Naples, médecin en chef de la section spéciale des maladies vénériennes et cutanées à l'hôpital des Incurables, membre de l'Académie royale de médecine et de chirurgie de Naples, rue Médina, 47, Naples.

Anderson (Thomas Mac-Call), professeur de clinique interne à l'Université, chef du service des maladies de peau à l'hospice Occidental de Glasgow, 2, Woodside Terrace, Glasgow.

Bayet, premier adjoint du service dermatologique de l'hôpital St-Pierre, agrégé suppléant à l'Université, 78, boulevard Waterloo, Bruxelles (Belgique).

Bergh, professeur de clinique, médecin en chef de l'hôpital de l'Ouest (femmes vénériennes), 19, Stromgade, Copenhague.

Bertarelli (Ambrogio), directeur de la section des maladies de peau à l'hôpital Majeur de Milan, membre du conseil sanitaire de la province de Milan, rédacteur en chef du *Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle*, via S. Orsola, 1, Milan.

Bœck (Cæsar), chef de la clinique dermatologique à l'Université de Christiania (Norvège).

Bogdan (Georges), médecin adjoint de l'hôpital St-Spiridon, professeur de médecine légale, Iassy.

Brodeur, ancien interne des hôpitaux de Paris, 707, rue Sherbrooke, Montréal (Canada).

Brooke (H. G.), professeur de dermatologie à Owens College, Manchester.

Bulkley (L. Duncan), médecin de l'hôpital de New-York, 4 East, 37th street, New-York.

Campana (Roberto), professeur de clinique dermo-syphilopathique à l'Université de Rome.

Cavafy (John), médecin de l'hôpital St-Georges, 2, Upper Berkeley street, Portman square, Londres.

Chaves (Bruno), secrétaire de la légation des États-Unis du Brésil à Paris, 14, rue Cambacérès.

Crocker (H. Radcliffe), membre du Collège royal des médecins de Londres, chef du service des maladies de la peau à l'hôpital de l'Université, médecin des enfants à l'hôpital de l'Est, 121, Harley street, Londres.

Cruyl, chef du service chirurgical à l'hôpital civil et assistant à l'Université, 18, rue Longue-du-Marais, Gand.

- MM. Djelaleddin-Moukhtar**, professeur à la Faculté de médecine, Constantinople.
- Ducrey (Augusto)**, professeur agrégé en pathologie et clinique dermo-syphilopathiques à l'Université R. de Naples, via Duomo, 50, Naples.
- Duhring (Louis A.)**, professeur de dermatologie à l'hôpital de l'Université de Pensylvanie, 1416, Spruce street, Philadelphie.
- Ehlers (Edvard)**, chef de clinique à l'hôpital communal de Copenhague.
- Euthyboule**, médecin de l'hôpital Zeineb-Kiamil, chargé du service des maladies cutanées et vénériennes à l'hôpital français Jérémie, 5, rue Mekteb, Pera, Constantinople.
- Finger**, agrégé à la Faculté de médecine de Vienne, ancien chef de clinique de la Faculté, etc., I. Graben, 26, Vienne.
- Fox J. Colcott**, professeur de dermatologie à l'hôpital Westminster, médecin de l'hôpital des Enfants Victoria, membre du Collège des médecins de Londres, etc., 14, Harley street, Cavendish square, Londres.
- Godinho (Jorge)**, rue Garret, 62, Lisbonne.
- Haslund (Alex.)**, professeur de dermatologie et de syphiligraphie à l'Université, médecin en chef de l'hôpital Communal, 62, Kjöbmagergade, Copenhague.
- Havas**, docent de dermatologie et de syphiligraphie à l'Université de Budapest, directeur de la policlinique dermatologique, IV, rue Maria-Valéria, 7.
- Hebra (Hans von)**, agrégé à l'Université de Vienne, directeur de la section des maladies de peau à la Policlinique, 1, Kärnthnerstrasse, 14, Vienne.
- Hutchinson (Jonathan)**, F. R. C. S., chirurgien du London hospital et de l'hôpital des maladies de la peau, 15, Cavendish square, W., Londres.
- Jacobi**, privat-docent à l'Université, Friburg-en-Brigau (Allemagne).
- Janovsky (Victor)**, professeur à la Faculté de médecine Tchèque, médecin des hôpitaux, directeur de la clinique dermatologique et syphiligraphique de la Faculté, membre du Conseil d'hygiène de la ville, etc., Hopfenstockgasse, 5, Prague.
- Kaposi (Moritz)**, professeur de clinique et directeur de la section dermatologique à l'Université de Vienne, IX, Alserstrasse, 28, Vienne.
- Keser**, privat-docent de dermatologie et de syphiligraphie à la Faculté de médecine, place du Port, 1, Genève.
- Lang (Eduard)**, professeur à l'Université de Vienne, médecin en chef de l'Hôpital général, membre de l'Académie Léopoldino-Carolina Cæsarea, Ebendorferstrasse, 10, Vienne.
- Liveing**, membre du Collège Royal des médecins de Londres, 11, Manchester square, Londres.
- Maieff**, professeur agrégé à l'Académie impériale, médecin consultant à l'hôpital militaire Nicolas, 47, rue Sadowaja, Saint-Pétersbourg.
- Malcolm (Moriss)**, chef de la section des maladies de la peau et chirurgien à l'hôpital Sainte-Marie, 8, Harley street, Cavendish square, Londres.
- Mannino (L.)**, chef du service des maladies vénériennes et cutanées à l'Hôpital civil, membre de l'Académie royale de médecine de Palerme, etc., via Cavini, 27, Palerme.

- MM. Mério (de)**, chirurgien de l'hôpital français de Londres, 35, Bryans-ton street, Portman square, Londres.
- Morrow (Prince)**, ancien directeur du *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, 66, W., 40th street, New-York.
- Nekam**, me Kossuth, 2, Buda-Pesth, Hongrie.
- Neumann (Isidor)**, professeur de dermatologie et de syphiligraphie à l'Université, directeur de la clinique syphiligraphique de Vienne, 29, Rothenthurmstrasse, Vienne.
- Olavide (José Eugenio)**, professeur de dermatologie, 49, rue Alcala, Madrid.
- Oltamare**, professeur extraordinaire de dermatologie et de syphili-graphie à la Faculté de médecine, 11, Corratierie, Genève.
- Pautry**, rue du Mont-Blanc, 4, Genève.
- Petrini**, médecin en chef de l'hôpital Colentina, professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine, vice-président de la Société des sciences médicales à Bucharest.
- Pharmacopoulos**, à Athènes.
- Pick (Filipp-Josef)**, professeur et directeur de la clinique dermatolo-gique et syphiligraphique à l'Université allemande de Prague, médecin en chef de l'Hôpital général, rédacteur en chef des *Archiv für Derma-tologie und Syphilis*, 36, III, Jungmannstrasse, 41, Prague.
- Piffard (Henri)**, chirurgien de Charity Hospital, New-York.
- Pospelow**, professeur à la Faculté de médecine de Moscou, directeur de la clinique des maladies cutanées et vénériennes, médecin en chef de l'hôpital de la Miasnitzkaja, membre titulaire de la Société russe de dermatologie et de syphilidologie, etc., rue Miasnitzkaja, hôpital Miasnitzkaja, Moscou.
- Pringle**, médecin du Middlesex Hospital pour les maladies de la peau, professeur de dermatologie à l'École de médecine, membre du Collège royal des médecins de Londres, 23, Lower Seymour street, Portman square, Londres.
- Profeta (Giuseppe)**, professeur de l'Université, Palerme.
- Rasch**, 10, Amagertow, Copenhague.
- Ravogli**, 88, West 7th street, Cincinnati, États-Unis.
- Riehl**, agrégé de l'Université, médecin en chef à Vienne, secrétaire général du Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie à Vienne en 1892, Bellariastrasse, 12, Vienne.
- Robinson (A. R.)**, professeur de dermatologie à la Policlinique, pro-fesseur d'anatomie pathologique et de dermatologie au Collège médi-cal des femmes, 248, West, 42th street, New-York.
- Schiff (Eduard)**, docent de l'Université de Vienne, I, Wallfischgasse, 6, Vienne.
- Schwimmer**, professeur de dermatologie à l'Université royale de Budapest, médecin de l'Hôpital central et directeur de la section des maladies de la peau, vice-président de la Société royale des méde-cins, à Budapest, etc., II, Josefplatz, Budapest.
- Silva Aranzo**, 5, rua de General Camara, Rio-de-Janeiro.
- Smirnoff (Georges)**, professeur extraordinaire de dermatologie et de syphiligraphie à Helsingfors.

- MM. Stoukowenkoff**, professeur à la Faculté de Kieff, Russie.
Szwykowski (Michel), ancien assistant de l'hôpital Saint-Esprit, rue Eryvanska, 10, Varsovie.
Tarnowski (Benjamin), professeur à l'hôpital de Kalinkine, professeur à l'Académie de médecine de Saint-Pétersbourg, président de la Société russe de syphilidologie et de dermatologie, etc., quai de la Motka, 104, Saint-Pétersbourg.
Taylor (R. W.), professeur des maladies vénériennes au Collège des médecins et chirurgiens, chirurgien de l'hôpital de la Charité, chef du service des maladies de la peau à l'hôpital de New-York, 40 West, 21th street, New-York.
Thin (George), 22, Queen's Anne street, Cavendish Square, Londres.
Török (Louis), 16, rue Andrassy, Budapest.
Unna, directeur de la clinique des maladies de la peau, 5, Park-Allee, Hambourg.
Vajda, agrégé à l'Université, I. Naglergasse, 28, Vienne.
Valdès-Morel (Alberto), agrégé de l'Université, médecin de l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu, Santiago (Chili).
Watraszewski (de), médecin de l'hôpital St-Lazare, Varsovie.
Welander (Edouard), professeur agrégé de syphilidologie à l'École de médecine (Institut Carolin), médecin en chef de l'hôpital St-Georges (St-Göran), 10, Skeppsbron, Stockholm.
White (James C.), professeur de dermatologie à l'Université Harvard, Boston.
-

MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS DÉCÉDÉS

- Professeur **Mansuroff**, de Moscou (16 novembre 1892).
Professeur **Manassei**, de Rome (1893).
Professeur **Pellizari**, de Florence (1894).
-



BULLETIN
DE LA
SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE
ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 9 JANVIER 1896

Présidence de M. Ernest Besnier.

SOMMAIRE. — Traitement de l'onychomycose trichophytique, par M. SABOURAUD. — Deuxième note sur une nouvelle forme suppurative et pemphigoïde de tuberculose cutanée, par M. HALLOPEAU. — Dermatoses paludiques, par M. BROCC. (Discussion : MM. BARTHÉLEMY, E. BESNIER, BROCC.) — Épididymite syphilitique secondaire, par M. J. DARIER. (Discussion : E. BESNIER, BARTHÉLEMY, LE PILEUR, JULLIEN, DARIER.) — Accident syphilitique tertiaire simulant un cancer, action rapide du traitement mixte, par M. STEEG (de Dieppe). — Ulcères annamites, par MM. GAUCHER et TOUVENAIN. (Discussion : MM. A. FOURNIER, DU CASTEL, GAUCHER, TENNESON, FEULARD, E. BESNIER et BARTHÉLEMY.) — Dermate exfoliante généralisée d'origine mercurielle, par M. A. FOURNIER. (Discussion : MM. DE BEURMANN, BROCC, E. BESNIER, BARTHÉLEMY.) — Dermate chronique exfoliante ou érythème prémycosique, par M. DANLOS. — Étude histologique du malade présenté par M. Danlos, par M. LEREDDE. — Psoriasis avec arthropathies, par M. DANLOS. (Discussion : M. L. JACQUET.) — Érythème polymorphe chez une malade à hérédité tuberculeuse, pneumopathie staphylococcique. Ostéopathie hypertrophique pneumique, Zona, par MM. GASTOU et KEIM. (Discussion : M. L. JACQUET.) — Néphrite albumineuse, phlébite double, gangrène symétrique superficielle des orteils, rétrécissement mitral, néphropathie familiale héréditaire, par MM. GASTOU et KEIM. (Discussion : M. L. JACQUET.) — Sur un nouveau cas de lichen plan atrophique, par M. HALLOPEAU. — Gomme du sein, par M. EMERY (Discussion : M. BARTHÉLEMY.) — Hydroa vésiculeux de Bazin avec prédominance des déterminations bucco-linguales, par M. DANLOS. — Éruption pemphigoïde du cuir chevelu, alopecie consécutive, par MM. GAUCHER et BARBE. — Sur un cas de tuberculose du poignet (d'origine professionnelle) guérie par les injections de cantharidate de potasse, par M. BRANTHOMME (de Noailles.) — Deux cas de sarcome primitif de la peau, du creux poplité développé sur une ancienne cicatrice de brûlure, par MM. LEGRAIN et J. DU BOURGUET. — Vaste sarcome de la peau du creux poplité développé sur une ancienne cicatrice de brûlure, par MM. LEGRAIN et PERRUSSET. — Note sur un cas de lupus érythémateux (érythème centrifuge symétrique) traité par des injections de sérum d'agneau, par M. LEGRAIN. — Élections.

Traitement de l'onychomycose[trichophytique].

Par M. SABOURAUD.

Je vous présente un malade atteint d'onyxis trichophytique à tous les ongles de la main droite, ainsi que le diagnostic microscopique a permis de s'en rendre compte. Il est traité depuis quatre mois par un pansement humide iodé permanent.

Ce pansement consiste, pour chaque doigt, en un flocon d'ouate hydrophile trempé dans le liquide ci-dessous formulé :

Iode métallique.....	1 gramme.
Iodure de potassium.....	2 grammes.
Eau distillée.....	1 litre.

Le pansement est recouvert et maintenu par un doigtier de caoutchouc.

Ce traitement laisse la liberté presque complète de ses doigts au malade qui n'a pas interrompu un seul jour ses occupations.

Or, aujourd'hui, après quatre mois de traitement, les ongles se présentent exactement coupés en deux par une ligne transversale séparant les parties anciennes de l'ongle — malade — des parties récentes — saines.

Le même phénomène se présente identique à tous les ongles et prouve que la prolifération du cryptogame s'est arrêtée depuis l'emploi du pansement humide permanent.

Je crois une telle méthode de traitement lente, il est vrai, mais pratique, supérieure aux traitements rapides quels qu'ils soient, qu'il s'agisse de l'avulsion chirurgicale — qui manque souvent son but — ou de la provocation d'un panaris artificiel, qui peut facilement le dépasser.

Deuxième note sur une nouvelle forme suppurative et pemphigoïde de tuberculose cutanée.

Par H. HALLOPEAU.

Depuis la dernière réunion de notre Société, l'éruption du jeune L... a continué à évoluer avec ses caractères propres : la note suivante, prise le 5 janvier, montre avec quelle rapidité la plupart des éléments éruptifs ont progressé tandis que d'autres présentaient simultanément une non moins rapide évolution rétrograde.

Sur la jambe gauche, on voit encore disséminées plusieurs pustulettes,

de date évidemment récente, du volume de grains de millet ou de chènevis ; elles sont entourées d'une aréole érythémateuse ; quelques-unes sont isolées ; la plupart reposent sur des placards rouges dont les dimensions varient beaucoup ; on trouve, en effet, tous les intermédiaires entre les pustulettes isolées et les grands placards mesurant plusieurs centimètres de diamètre.

Ceux-ci sont actuellement au nombre de sept sur ce membre ; les uns ne sont représentés que par une tache érythémateuse avec infiltration peu prononcée du derme ; d'autres sont également plans dans la plus grande partie de leur étendue, mais leur pourtour est, par places, soulevé en un bourrelet qui atteint jusqu'à un centimètre de diamètre ; ce bourrelet peut se déprimer en divers points de son étendue et se diviser ainsi en masses rouges, luisantes et mollasses ; elles sont, ou non, parsemées de jeunes pustulettes ; aucune d'elles ne présente la coloration sucre d'orge des tubercules lupiques ; il en est de même des petites papules qui se développent parfois au lieu et place de ces pustulettes lorsqu'elles se sont desséchées.

L'aire des grands placards tend, dans les plus anciennement développés, à s'éclaircir ; on y voit, comme précédemment, des dépressions superficielles du volume de petits grains de chènevis.

Un de ces placards se trouve à la partie postérieure de la jambe, en arrière et au-dessus de la malléole externe ; il est constitué par une aire en partie peu colorée et creusée de deux de ces dépressions ulcéreuses ; son bourrelet incomplet est divisé en plusieurs masses saillantes entre lesquelles on voit de nombreuses pustulettes de formation nouvelle ; ainsi donc, en même temps que la lésion rétrocede dans sa partie centrale, elle s'étend excentriquement par la formation de nouveaux éléments suppurés ; un autre placard est situé à la partie externe de la même jambe ; irrégulièrement quadrilatère, il semble n'être plus en activité progressive que dans son angle supéro-externe qui forme une masse saillante, d'un rouge plus vif que le centre affaissé de son aire et parsemée de pustulettes : trois autres placards d'environ 3 centim. de diamètre sont groupés en demi-cercle à la partie postérieure du membre. L'un d'eux, le plus ancien, est en partie décoloré ; les deux autres sont d'un rouge pâle dans leur partie centrale, intense à leur périphérie ; celle-ci est, par places, soulevée en un bourrelet saillant que surmontent des pustulettes intactes ou exulcérées.

Le placard signalé antérieurement à la partie antérieure de la cuisse gauche a en grande partie disparu : il n'est plus représenté que par une légère coloration érythémateuse.

Les placards décrits précédemment à la partie postérieure de la jambe droite se sont fusionnés en un seul qui mesure 12 centim. verticalement sur 7 transversalement ; son aire, pâlie dans sa partie centrale, est légèrement creusée de nombreuses dépressions cicatricielles représentant autant de pustulettes. Le bourrelet n'existe plus qu'à la partie inférieure du placard dont il forme le contour semi-ovalaire.

On voit en outre, sur toute l'étendue du membre, de petits groupes de pustulettes ou de papules reposant sur un fond rouge et induré ; ce sont

de petits placards représentant les intermédiaires entre les pustulettes initiales et les grands placards : on les voit également sur le membre opposé.

Les ganglions inguinaux ne sont pas tuméfiés.

L'éruption abdominale a disparu.

Celle des avant-bras a également rétrocedé ; il n'y en a plus trace à droite ; à la partie postéro-externe de l'avant-bras gauche, on voit encore de petites papules agminées reposant sur un fond rouge et rappelant l'aspect du lichen scrofulosorum.

Il résulte de cet exposé que les lésions ont continué à se développer aux jambes avec une grande acuité en même temps qu'elles rétrocédaient en diverses parties.

La lésion initiale est toujours la pustulette ; peu de temps après son apparition, sa base s'indure, de nouveaux éléments semblables se développent à sa périphérie ; bientôt se trouvent ainsi constitués des placards qui rapidement s'étendent excentriquement ; leur zone d'accroissement est représentée par un bourrelet saillant que l'on retrouve souvent divisé en masses isolées, au pourtour de la plupart des placards ; à mesure qu'il progresse, sa partie interne s'affaisse comme il arrive pour le bourrelet péri-mycosique ; l'aire de la plaque ainsi formée reste d'abord vivement colorée ; on y voit, en nombre parfois considérable, soit des exulcérations, soit des dépressions cicatricielles consécutives à la rupture de pustulettes ; plus tard, cette partie centrale se décolore progressivement.

Le malade n'accuse pas de sensations de prurit au niveau de ces altérations ; il ne se gratte pas.

Le soulèvement pemphigoiïde signalé précédemment, et encore appréciable il y a peu de jours lorsque M. Méheux a fait la photographie de cette dermatose, a actuellement disparu.

Les examens bactériologiques ont continué à donner des résultats négatifs pour ce qui est du bacille de Koch. Par contre, M. Prieur a trouvé dans quelques préparations des microcoques offrant les caractères de staphylocoques ; étant donné que les pustulettes constituent facilement une porte d'entrée pour les microbes venus du dehors, ce fait n'a rien qui puisse surprendre ; l'absence de ces mêmes microbes, constatée antérieurement dans ces mêmes éléments, a, comme nous l'avons fait remarquer, une tout autre importance.

Nous nous sommes assuré qu'il n'y a pas de trichophytons dans les poils de ces plaques éruptives, non plus que dans les squames qui les environnent.

Il résulte de ce qui précède que cette forme de tuberculose est remarquable surtout par l'acuité de son évolution : elle se développe avec une grande rapidité ; alors qu'il y a moins de deux mois nous ne constations sur le membre inférieur gauche que deux placards,

on en compte actuellement sept en activité; les dimensions de la plaque postérieure de la jambe droite ont doublé depuis notre dernière note; par contre, les lésions paraissent rétrocéder avec une égale rapidité, car déjà l'aire de plusieurs des plaques a pâli en même temps qu'elle s'est affaissée; la plaque de la cuisse qui, selon toute vraisemblance, a reconnu la même origine, a presque entièrement disparu.

Cet ensemble de caractères sépare cette dermatose de toutes les formes connues de tuberculose cutanée. Elle présente, il est vrai, dans ses éléments initiaux ainsi que dans son évolution, de frappantes analogies avec la tuberculose pustuleuse qu'a décrite M. Gaucher, mais elle en diffère essentiellement par la formation des grands placards consécutivement à la multiplication des pustulettes et à l'infiltration du derme sous-jacent et leur progression excentrique.

Dans la forme suppurative que nous avons décrite avec M. Wickham, la marche a été celle du lupus vulgaire, essentiellement lente et chronique; il n'y a de même aucune ressemblance entre notre fait et la tuberculose verruqueuse de Riehl et Paltauf; on n'y retrouve, en effet, ni la marche lentement progressive, ni les végétations qui caractérisent cette dermatose.

Il s'agit donc bien, selon toute vraisemblance, d'une forme non encore décrite de tuberculose cutanée.

Nous résumerons ainsi les faits qui résultent de cette deuxième note:

1° Cette forme de tuberculose a une marche essentiellement aiguë;

2° Elle progresse constamment par la formation de nouvelles pustulettes;

3° Les placards ainsi formés peuvent atteindre, en quelques semaines, des dimensions considérables; ils se multiplient rapidement;

4° L'évolution rétrograde de ces lésions n'est pas moins rapide que leur développement; en même temps que de nouveaux placards se développent, d'autres s'affaissent et se décolorent;

5° On peut voir, dans un même placard, des lésions en rétrocession et des lésions en activité progressive; ces dernières se présentent sous la forme d'un bourrelet périphérique parsemé de pustulettes; comme dans le mycosis, ce bourrelet s'affaisse dans sa partie interne en même temps qu'il progresse excentriquement;

6° Cette marche rapide appartient à d'autres manifestations de la tuberculose: telles sont la tuberculose pustuleuse décrite par Gaucher et le lichen scrofulosorum.

**Note pour servir à l'histoire des éruptions d'origine palustre
(Eruption eczématiforme persistante du nez et de nature palustre).**

Par L. BROcq.

I

M^{me} X..., âgée de 40 ans environ, de bonne constitution apparente, de souche arthritique, éminemment impressionnable, que nous avons déjà soignée en 1893 et 1894 pour un eczéma rebelle des mains, est venue nous consulter en octobre 1894 pour une affection bizarre du nez. Vers l'extrémité de cet organe, sur la partie latérale gauche, en avant de la narine, se voyait une petite plaque éruptive assez irrégulière de contours, quoique ovulaire dans son aspect général, d'environ un centimètre de hauteur, d'un centimètre et demi de diamètre transversal. La base en était rouge, un peu tuméfiée et congestive ; à sa surface se voyaient des sortes de papulo-vésicules géantes de deux millimètres environ de diamètre, au nombre de sept à huit, d'aspect gris jaunâtre, non croûteuses, un peu suintantes. Les sensations éprouvées par la malade étaient plutôt de la cuisson, une légère brûlure, que du prurit. Ces sensations existaient surtout le matin à son réveil : elles disparaissent dans l'après-midi. Il y avait déjà près d'un mois que l'éruption était survenue sous la forme de deux ou trois boutons agglomérés ; depuis lors elle ne s'était que fort peu étendue. La malade ne présentait aucune autre éruption en un point quelconque du corps. Elle était parfaitement guérie de son eczéma des mains.

Au point de vue objectif nous fûmes tout d'abord assez embarrassé pour poser un diagnostic. Nous pensâmes à l'eczéma, d'autant plus que M^{me} X... en avait déjà eu. Or, son eczéma rebelle des mains n'avait disparu qu'après examen de l'utérus et cicatrisation d'une ulcération du col que nous n'avions découverte, son médecin habituel et nous-même, qu'en explorant minutieusement tout l'organisme pour essayer de trouver la cause qui empêchait la guérison de la lésion cutanée. Il nous paraît donc probable qu'il s'agissait de nouveau d'une affection analogue. Malheureusement la médication utérine qui fut reprise et la médication locale qui nous avait réussi pour l'eczéma des mains ne nous donnèrent pas le moindre résultat. Aucun topique ne parut modifier en bien la lésion nasale, malgré tous les essais auxquels nous nous livrâmes pendant plus d'un mois.

Exaspérés de cette ténacité et de notre impuissance, nous songions à recourir aux scarifications linéaires quadrillées, ou même aux cautérisations énergiques, lorsqu'une observation très minutieuse du cas nous permit, grâce à l'intelligence de la malade, de constater les particularités suivantes. La plaque éruptive subissait quelques variations assez régulières : c'est ainsi qu'elle augmentait quelques jours avant les règles : elle ne s'élargissait pas beaucoup ; elle devenait plus turgide, plus rouge et plus suintante. Mais en outre tous les matins, au réveil, la lésion cutanée était très enflammée, des plus visibles ; de toutes les vésicules il suintait

un liquide transparent, séreux, fort abondant, qui traversait rapidement les pommades et les poudres. C'était d'ordinaire vers les 4 ou 5 heures du matin que débutait cette poussée congestive : elle était annoncée, nous disait la malade, par une sorte de fièvre localisée au point intéressé : elle y éprouvait des battements, une sensation de tension et de cuisson. Ces phénomènes semblaient atteindre leur maximum entre 7 heures et 9 heures du matin ; puis ils diminuaient graduellement d'intensité. Vers les 2 heures de l'après-midi, parfois plus tôt, le suintement cessait de se produire, la turgescence disparaissait. Vers les 6 heures du soir la lésion était à peine visible. En analysant de près ces phénomènes nous finîmes par reconnaître qu'ils affectaient très nettement dans leur allure le type tierce, ou même, pour être plus précis, du double tierce. Sur deux jours M^{me} X... avait un jour relativement bon pendant lequel la poussée du matin n'était que fort modérée quoiqu'elle eût lieu, et un jour mauvais pendant lequel la poussée se produisait avec toute sa violence.

Après avoir constaté ces phases diverses et si bizarres à plusieurs reprises par nous-même, de manière à n'en pouvoir plus méconnaître l'exactitude absolue, nous fûmes conduit tout naturellement à demander à la malade si elle avait déjà eu des fièvres intermittentes. La réponse fut assez satisfaisante. Elle n'avait jamais eu de véritables fièvres intermittentes, mais depuis plusieurs années elle avait eu diverses manifestations larvées de l'impaludisme, névralgies, fluxions de poitrine, qui n'avaient cédé qu'à l'emploi de la quinine à haute dose. Il faut dire qu'elle habite pendant plusieurs mois de l'année un pays où règne la fièvre intermittente.

C'est en 1888, qu'elle a eu la première atteinte de ces accidents palustres sous la forme de congestions pulmonaires bizarres à type tierce qui l'avaient tout d'abord fait accuser par son médecin habituel de commettre tous les deux jours une imprudence à la suite de laquelle il y aurait eu une rechute. La régularité des poussées congestives conduisit enfin à faire porter le véritable diagnostic, et la quinine à hautes doses jugula immédiatement les accès. Depuis lors M^{me} X... a été constamment sujette à des accidents divers, souvent même à des accès de fièvre pour lesquels elle prend de la quinine. Notons, pour être complet, parmi ses antécédents morbides une attaque de rhumatisme articulaire en 1895. Le foie ne paraît pas volumineux ; la matité de la rate est très appréciable, mais pas considérable.

Avec de pareils renseignements, et malgré l'absolue étrangeté de ce fait qui ne répondait à rien de ce que nous avions déjà observé, nous n'avions plus qu'à donner à la malade le chlorhydrate de quinine à la dose quotidienne de 80 centigrammes en deux fois. Au point de vue local nous nous bornâmes à prescrire l'application le matin de petits cataplasmes de fécule de pomme de terre et le reste du temps d'une simple pommade à l'oxyde de zinc : il est inutile d'ajouter que cette médication locale avait été déjà employée sans le moindre résultat.

L'effet de la quinine fut réellement extraordinaire : au bout de quarante-huit heures les poussées congestives matinales avaient cessé ; la lésion avait un aspect torpide et ne suintait plus ; au bout de quatre jours elle

n'était pour ainsi dire plus saillante et était en voie de disparition. Nous cessâmes alors de donner la quinine tout en recommandant de prendre de l'arsenic ; ceci se passait fin novembre 1894.

Cette prescription ne fut pas bien suivie ; la malade cessa tout traitement pendant quelques jours ; les règles arrivèrent, et le 22 septembre nous fûmes rappelés par M^{me} X... toute éplorée, qui nous montra son nez redevenu plus malade que jamais, toujours à la même place, quoique la plaque fût peut-être un peu plus étendue vers la narine. Les mêmes phénomènes étranges de congestion matinale à type double tierce avaient également reparu. Nous prescrivîmes de nouveau la quinine aux mêmes doses ; nous la fîmes continuer pendant cinq jours ; puis nous fîmes prendre de l'arséniate de soude ; et, vers le huitième jour de cette médication, au dire de la malade, le nez était fort bien. Cessation de la médication, rechute nouvelle vers le 18 janvier ; quatrième rechute en février, et quatrième disparition, celle-ci définitive au moins jusqu'à l'heure actuelle grâce à la quinine prolongée, puis à l'arséniate de soude.

Tel est le fait vraiment extraordinaire que nous venons d'observer. Nous devons ajouter que nous n'avons pas pu faire d'examen bactériologique.

II

Tout d'abord au point de vue purement objectif qu'était cette lésion du nez ?

Nous sommes vraiment embarrassé pour le dire. C'étaient des sortes de papulo-vésicules, agglomérées, tangentes et comme confluentes par leur base de façon à former une plaque, restant cependant assez nettement distinctes les unes des autres : deux ou trois étaient même isolées et séparées de la plaque par un espace de quelques millimètres. La base était d'un rouge plus ou moins vif suivant le degré de congestion des téguments, mais elle paraissait un peu épaissie et infiltrée comme dans les eczémas nummulaires rebelles ; comme dans cette dernière forme éruptive, les limites de la lésion étaient assez nettes : la pression prolongée et progressive par la lame de verre faisait disparaître à peu près complètement la coloration des parties atteintes. C'était sur cette base que se voyaient les vésicules rompues, par lesquelles le matin suintait goutte à goutte une abondante sérosité citrine, transparente, empesant légèrement le linge ; dans l'après-midi, la surface de la plaque était sèche et la pommade et la poudre dont elle était recouverte n'étaient soulevées par aucune sécrétion. Les sensations douloureuses éprouvées par la malade consistaient presque uniquement en brûlures légères, cuissons, sensations de turgescence ; elles ne se produisaient que le matin ; peu à peu elles se calmaient pour disparaître totalement dans l'après-midi.

Malgré notre désir de rattacher cette éruption à un type morbide

connu, nous ne pouvons pas l'identifier à une dermatose classée. Nous ne pouvons en faire un *herpès*; en effet, nous ne connaissons pas d'*herpès* véritable évoluant de la sorte, persistant pendant des mois, caractérisé par des vésicules intarissables, ou pour mieux dire qui suintaient tous les matins. L'*herpès* quelque récidivant qu'il puisse être, apparaît brusquement, est dénoté par un groupe vésiculeux évoluant sur une base érythémateuse : il n'est pas constitué par des papulo-vésicules ; enfin il tend à la guérison spontanée, avec plus ou moins de rapidité suivant l'intensité du processus, sauf lorsqu'il devient ulcéreux et nécrotique comme dans certains cas de *zona*, mais il ne pouvait dans le cas actuel être question de complications semblables. Il ne s'agissait pas non plus, comme on pourrait peut-être le croire, et comme on l'observe chez un certain nombre de sujets, par exemple sur une hanche ou une fesse chez la femme, de poussées successives d'*herpès* récidivant constamment en un même point. Il n'y avait pas ici de guérisons et de récurrences successives.

Après mûre réflexion nous renonçons donc au diagnostic objectif d'*herpès*, bien que l'éruption soit herpétiforme. Nous ne voyons qu'une autre dermatose à laquelle on puisse songer, l'*eczéma nummulaire*. Certes cette deuxième hypothèse est à la rigueur soutenable. L'*eczéma nummulaire* est en effet caractérisé par sa circonscription, par sa fixité, par sa ténacité ; les téguments s'infiltrent assez souvent à son niveau. Par contre, jamais nous n'en avons observé un seul cas sur le nez : jamais dans l'*eczéma nummulaire* nous n'avons constaté des suintements aussi abondants, une absence aussi complète de prurit. Mais nous reconnaissons en somme que c'est avec ce type morbide que notre cas offre le plus de ressemblance.

En résumé, nous serions tenté de conclure qu'il s'agissait chez notre malade d'une éruption *sui generis* rappelant par certains côtés l'*eczéma nummulaire*.

III

Mais si nous ne pouvons mettre d'étiquette précise au point de vue objectif sur notre observation, nous n'avons plus le moindre doute quand il s'agit d'en déterminer la nature intime. Pour nous, c'est de l'*impaludisme larvé*. A ce sujet, l'histoire clinique du cas est des plus démonstratives : elle est tellement complète et précise qu'on la dirait forgée à plaisir pour les besoins de la cause.

C'est d'abord ce type double tierce si bizarre qu'affectent les phénomènes morbides dans leur évolution. Tous les deux jours il y a un grand accès, tous les deux jours un petit accès : ces accès se succèdent en alternant avec une régularité parfaite, les poussées congestives deviennent perceptibles le matin vers les 4 ou 5 heures ; elles

atteignent leur maximum vers les 8 heures, puis peu à peu elles se calment et disparaissent totalement vers l'après-midi. N'est-ce pas là la marche typique d'un accès de fièvre palustre ? Et que de choses étranges au point de vue cutané, étranges parce qu'elles sont trop conformes aux allures classiques des manifestations palustres ! Nous voulons parler de ces congestions matinales régulières, de ces suintements abondants qui se produisaient de 5 à 10 heures du matin avec rougeur intense, gonflement, turgescence de la partie malade, pour cesser vers midi, et disparaître si bien vers le soir que la malade pouvait aller dans le monde sans que l'on fit trop attention à son nez.

Mais ce n'est pas tout, et l'épreuve thérapeutique a eu ici toutes les allures d'une expérience de laboratoire. Après un insuccès complet par l'emploi de divers topiques, on donne la quinine à assez hautes doses et immédiatement les phénomènes congestifs, les poussées matinales disparaissent, la lésion s'affaïsse, rétrocede, tend à guérir. On cesse la quinine et au bout de quelques jours les phénomènes morbides reparaissent avec toutes leurs particularités ; on redonne la quinine et ils s'évanouissent de nouveau, et ainsi de suite deux fois encore.

N'est-ce pas ici le cas ou jamais d'invoquer le célèbre adage : « naturam morborum curationes ostendunt » ?

IV

Il ne nous semble donc pas discutable, bien qu'il n'y ait pas eu ici d'examen bactériologique, que la lésion dont nous venons de parler, ait reconnu pour cause première le paludisme larvé dont M^{me} X... est atteinte. Nous allons même plus loin, et nous croyons qu'on doit la considérer comme une manifestation directe de ce paludisme et non comme une simple complication cutanée accompagnant un accès palustre. Dans leur si remarquable étude sur les manifestations cutanées du paludisme (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 25 novembre 1882) MM. Verneuil et Merklen s'expriment en ces termes : « Deux conditions seraient indispensables pour légitimer l'introduction dans le cadre de la dermatologie » d'une classe nouvelle de dermatoses à laquelle on pourrait donner le nom de *paludides*. « Il faudrait prouver tout d'abord que ces éruptions sont « manifestement et directement sous la dépendance de l'empoisonnement tellurique : nous verrons dans le cours de cette étude que « cette condition paraît réalisée pour certaines d'entre elles. En « second lieu il serait nécessaire que les manifestations cutanées chez « les paludiques fussent douées de caractères particuliers, vraiment « spécifiques, permettant à la simple inspection de les dire produites

« par le poison tellurique et non par d'autres causes. Or, cette
« caractéristique, la plus importante sans contredit, fait défaut. Les
« éruptions provoquées par le paludisme ne diffèrent en rien des
« éruptions déterminées par toute autre cause. L'herpès, l'urticaire,
« la furonculose, le purpura, etc., observés chez les paludiques, n'ont
« aucun caractère objectif spécial et seule leur contemporanéité avec
« l'accès fébrile, quelquefois encore leur marche insolite, permettent
« de les rapporter à l'empoisonnement tellurique.

« Dès lors on peut admettre l'existence d'éruptions paludiques, de
« paludides si l'on veut, mais sans attribuer à cette dénomination une
« valeur équivalente à celle de scrofulide ou de syphilide. Il y aurait,
« en effet, une certaine exagération à réunir dans une classe nouvelle
« et bien définie les éruptions multiples et assez disparates du
« paludisme. »

Etudiant ensuite l'herpès paludique, ces auteurs démontrent que l'herpès est une des manifestations fréquentes du paludisme, ainsi que l'ont établi de nombreux pathologistes, qu'il peut précéder les accès de fièvre intermittente, se produire pendant l'un des trois stades de l'accès ou après sa terminaison, qu'il peut aussi se montrer alors que les accès de fièvre ont été supprimés par le sulfate de quinine, qu'il se localise surtout à la face, au pourtour des lèvres et des narines, aux paupières, à la cornée et aux points du corps les plus richement innervés. Quant à l'urticaire palustre, d'après leur travail, elle accompagne surtout les accès de fièvre tierce, mais il est également probable (*Annales de dermatologie*, deuxième série, t. IV, p. 12. Observation du D^r Ch. Leroux) que l'urticaire intermittente peut constituer à elle seule une manifestation du paludisme sans accès fébrile, et qu'elle constitue alors une véritable fièvre larvée.

Les travaux du D^r Andrea Cristiani (1887) sur l'urticaire malarienne pyrétique et ceux du D^r Moncorvo sur l'érythème nouveau palustre (1892) sont venus depuis lors compléter et confirmer le mémoire que nous venons de citer.

En somme, il résulte des recherches faites jusqu'à ce jour sur les éruptions palustres que la grande majorité de ces manifestations sont des éruptions à type banal qui accompagnent l'accès de fièvre palustre, et qui par leur aspect n'ont rien de spécial permettant d'en reconnaître d'emblée la nature. Elles sont une des complications de l'accès.

A côté de ce premier groupe d'éruptions assez peu intéressantes, il faut bien le reconnaître, car étant de simples complications de l'accès, leur nature intime est vite reconnue et leur traitement se confond avec celui de l'accès lui-même, il en est un second, comprenant des faits beaucoup plus rares, mais d'une tout autre importance clinique et nosographique, nous voulons parler de dermatoses

qui à elles seules constituent tout le tableau morbide de l'intoxication palustre, qui ne s'accompagnent pas d'accès fébriles intermittents, et qui par suite doivent être regardées comme étant de l'impaludisme larvé.

« Quelquefois l'éruption vésiculeuse (herpès) peut se produire, « comme le dit Griesinger et comme le répète Hirtz, alors que les « accès ont été coupés par le sulfate de quinine. Ce dernier fait a « une grande importance; il prouve que l'éruption herpétique est indé- « pendante dans certains cas de l'appareil fébrile, et que, dès lors, « on ne saurait simplement en rechercher la cause dans les troubles « de la circulation, de la calorification, ou encore dans les modi- « fications humorales qui caractérisent la fièvre, quelle qu'en soit la « nature. Et de cette notion que l'herpès se montre chez des palu- « diques après suppression des accès de fièvre par le sulfate de « quinine, on peut conclure que cette éruption est, dans certains cas, « une manifestation directe du paludisme et peut être considérée « comme une véritable fièvre larvée » (Verneuil et Merklen, *loc. cit.*, p. 628).

Malheureusement des observations précises où soit mentionné et étudié cet impaludisme larvé à forme herpétique pure ne semblent pas avoir été publiées en détail, et nous ignorons quelles sont les allures de cet herpès palustre pur.

Nous sommes plus heureux pour l'urticaire palustre vraie, sans accès fébriles concomitants; nous en possédons quelques rares observations, entre autres celle que nous avons déjà citée de Ch. Leroux : ce sont des accès presque toujours quotidiens revenant à des heures fixes ou variables.

Si l'on a bien voulu prendre connaissance du résumé bibliographique qui précède, on comprendra quelle est l'importance capitale de notre observation pour l'étude de l'impaludisme larvé à forme cutanée pure. Dans notre cas il s'agit bien d'une vraie « *paludide* ».

D'abord l'aspect est assez spécial : forme herpétique si l'on veut, mais quel herpès ! persistant pendant des mois, à base un peu infiltrée, subissant des congestions intermittentes. Forme d'eczéma nummulaire si l'on veut, mais à localisation absolument insolite et à marche encore plus anormale. Donc il y a déjà dans sa physionomie quelque chose qui déroute, *quelque chose de non encore vu*.

Puis la marche ; ici éclate l'intermittence avec toute sa régularité classique, et jamais encore on n'a (sauf erreur bibliographique toujours possible), noté du côté de l'éruption les phénomènes de l'accès palustre, sensation de congestion, rougeur et tuméfaction, suintement, apparaissant le matin, disparaissant dans l'après-midi. Voilà bien la physionomie clinique de la véritable *paludide*, physionomie telle qu'après observation minutieuse de la dermatose, d'après ses

allures seules on est fatalement conduit au diagnostic et au traitement.

Nous concluons donc en disant : 1° que le fait que nous venons de relater doit être rangé parmi les dermatoses encore mal connues qui constituent la forme cutanée vraie et pure de l'impaludisme larvé ;

2° Qu'en présence d'une dermatose rebelle à symptômes un peu insolites il faudra songer à la possibilité de l'impaludisme ;

3° Que la quinine, puis l'arsenic sont, dans ces cas, les médicaments réellement héroïques, alors que le traitement local reste pour ainsi dire sans effet ;

4° Que la classe des *paludides* timidement proposée par Verneuil et Merklen doit être acceptée ; que notre observation en est un exemple indiscutable et des plus nets.

M. BARTHÉLEMY. — En rapport avec le paludisme, j'ai observé un cas de dyshydrosis symétriquement développée à chaque région palmaire et aux faces latérales des doigts. Après une durée de trois mois pendant lesquels l'affection s'était montrée rebelle aux traitements habituels, le sulfate de quinine fut administré pendant quinze jours à la dose d'un gramme par jour ou 4 doses et la guérison fut obtenue. J'avoue que dans ce cas je n'avais considéré l'impaludisme que comme une cause accessoire ou comme une complication et non pas, comme dans le cas d'urticaire ou dans celui de M. Brocq, comme une cause directe et exclusive de la dermatose.

M. E. BESNIER. — Quel était l'état du foie et de la rate.

M. BROcq. — Je crois qu'il y avait une légère tuméfaction de ces deux viscères, mais surtout pour la rate je ne pourrais l'affirmer.

Épididymite syphilitique secondaire.

(2° note.)

Par J. DARIER.

Je présente à nouveau ce malade qui avait fait l'objet d'une communication le 14 novembre dernier (1). On se souvient qu'il s'agissait de lésions nodulaires des deux épидидymes, survenues deux mois après un chancre syphilitique, pour lesquelles j'avais, après discussion, admis le diagnostic d'*épididymite secondaire*.

Cet homme a été soumis, dans le service de M. Besnier, à un traitement antisypilitique d'intensité moyenne, consistant en une

(1) Voir *Bulletin*, 1895, p. 355.

pilule de protoiodure à 5 centigr. et iodure de potassium 5 gr. par jour. Au bout d'une semaine les nodules étaient déjà moins durs; au bout de 15 jours ils étaient en voie de disparition; quand le malade est sorti du service, après trois semaines, il restait à peine quelques traces de ces lésions épидидymaires.

Depuis lors le traitement a été suivi irrégulièrement. On peut constater aujourd'hui que le testicule droit est parfaitement normal ainsi que ses annexes; du côté gauche on peut sentir une tuméfaction très légère de la tête de l'épididyme, mais rien qui rappelle les six ou huit nodules durs et pisiformes qui infiltraient cet organe. J'ajoute que récemment, et au cours d'un traitement qui en somme a été sérieux, ont apparu des accidents cutanés et buccaux, ainsi qu'une alopécie en clairière vraiment intense.

Je conclurai que l'action du traitement spécifique a confirmé le diagnostic que j'avais porté et que ce résultat montre la valeur des signes différentiels de l'épididymite secondaire que je me suis efforcé de mettre en lumière dans ma première note.

En outre, par son évolution ultérieure, ce cas tend à rentrer dans la règle qui veut que cette localisation de la syphilis appartienne aux formes graves ou à manifestations multiples.

M. E. BESNIER. — Une récurrence aussi rapide se fût-elle produite dans les lésions cutanées si l'on eût soumis la malade à la méthode des injections?

Je pose simplement la question en particulier à MM. Jullien et Barthélemy, et quelques-unes de mes observations me paraissent propres à faire espérer le contraire.

M. BARTHÉLEMY. — Je tiens à répondre à la question que notre président me fait l'honneur de me poser. Si je l'ai bien comprise, elle se rapporte d'une manière précise à ces récurrences si singulières qui se montrent chez des syphilitiques au moment même où se termine une période de traitement antisiphilitique. Je me souviens en effet avoir vu 5 ou 6 malades chez lesquels j'avais institué le traitement mercuriel avec intermittences méthodiques sans accident spécifique au moment où ils commençaient le traitement. Or, à la fin de la période de six semaines des pilules, ou dans les quelques jours qui suivaient la fin de cette médication, des syphilides secondaires se montraient sur la peau ou sur les muqueuses (il ne s'agissait pas d'herpès hydrargyrique de la langue).

J'ai été frappé de ces cas qui me troublaient comme médecin, puisque j'avais cru devoir prescrire le traitement hydrargyrique précisément pour éviter des récurrences probables et en rapport avec la marche et la période de cette syphilis. Je répondais aux malades inquiets que probablement, sans ce traitement spécifique, les récurrences eussent encore été plus intenses et plus tenaces. Ce sont toutefois là des faits rares eu égard à la grande fréquence des cas de syphilis traités par les pilules et par les frictions, et, bien que j'aie vu les injections intra-musculaires de calomel guérir des

accidents rebelles aux autres modes de traitement et empêcher les récidives incessantes de lésions, je n'oserais pas dire, n'ayant pas encore d'expérience suffisante pour le soutenir que ces cas de récidive ne se rencontreront plus grâce aux injections de calomel.

M. JULLIEN. — Le Fort avait remarqué que l'iodure de potassium employé après le mercure rouvrait les syphilides secondaires éteintes.

A priori, la méthode des injections en raison de la petite réserve qu'elle laisse dans l'organisme, paraît devoir mieux que les autres mettre à l'abri des récidives.

M. E. BESNIER. — Voici de façon précise l'un des cas auxquels je faisais allusion tout à l'heure : un malade est traité à ma polyclinique pour une syphilis rebelle par les méthodes ordinaires : récidives immédiates dès la suspension du traitement. M. Thibierge, lors d'une suppléance, le soumit aux injections d'huile grise, et depuis lors, c'est-à-dire depuis dix-huit mois, rien n'a reparu.

M. LE PILEUR. — L'huile grise à mon avis donne des résultats supérieurs aux autres médications ; mais, même avec elle, il faut s'attendre à des insuccès en certains cas.

M. DARIER. — Pour la démonstration que je poursuivais de la nature spécifique de cette épидидymite, il était indiqué d'administrer à ce malade le traitement vulgaire ; en présence des manifestations nouvelles je suis disposé à le soumettre dès maintenant à des injections.

Accident syphilitique tertiaire simulant un cancer ; action rapide du traitement mixte.

[Par M. STEEG (de Dieppe.)

(Note présentée par M. le Dr de BEURMANN).

J'ai l'honneur de présenter à la Société l'observation d'une malade ayant subi, il y a quatre ans, une amputation du sein pour tumeur, qui vint me consulter parce que deux nouvelles tumeurs apparaissaient au voisinage de la cicatrice opératoire.

Il s'agit d'une femme de 50 ans environ, robuste et d'une bonne santé générale. Mariée à 22 ans, son mari lui communiqua la syphilis peu de temps après. Elle a eu néanmoins trois filles vigoureuses et bien portantes.

Cette femme n'a jamais pris contre sa syphilis, que de l'iodure de potassium ; actuellement encore elle en prend d'une façon presque continue, car depuis longtemps, dit-elle, elle voit très fréquemment apparaître sur les avant-bras des taches jaunes ; pendant l'été ces taches se

montrent à peu près tous les mois. La malade prend alors de l'iodure de potassium pendant une quinzaine de jours ; les taches disparaissent pour reparaitre quelques jours plus tard. N'ayant pu encore observer moi-même ces accidents, je rapporte simplement les paroles de la malade.

En somme, depuis 28 ans, cette femme a été soumise à un traitement ioduré presque ininterrompu, mais elle n'a jamais pris de mercure sous quelque forme que ce soit.

On constate, au niveau du sein droit, l'existence d'une cicatrice longue de 10 centim. environ ; on a pu enlever la tumeur qui se trouvait en ce point il y a quatre ans, en respectant le mamelon et la plus grande partie de la glande mammaire. Actuellement, à un centimètre à peine au-dessous de la cicatrice, vers la partie externe de la glande et faisant corps avec elle, je constate la présence d'une petite tumeur ayant la forme et les dimensions d'une amande, à grand axe se dirigeant vers l'aisselle. Cette tumeur n'est pas nettement circonscrite : ses limites se perdent dans le tissu glandulaire ; elle adhère également à la peau, qui, lorsqu'on veut la mobiliser, prend l'aspect classique de la peau d'orange ; elle est dure, d'une consistance presque ligneuse, non douloureuse spontanément ni à la pression.

Un peu au-dessus et plus en dehors, assez loin de la glande mammaire, presque sur la paroi interne du creux axillaire, existe une seconde petite tumeur, arrondie, peu apparente mais très nette à la palpation, ayant environ le diamètre d'une pièce de 50 centimes, mobile sur le plan profond, mais adhérente à la peau qui prend aussi à ce niveau l'aspect de la peau d'orange.

La malade s'est aperçue de l'existence de ces petites tumeurs il y a trois semaines. Elles ont grossi assez rapidement malgré le traitement ioduré auquel la malade s'était justement soumise, pour les taches qui venaient de reparaitre au niveau des avant-bras.

Avant de me décider à intervenir chirurgicalement je lui fis prendre deux cuillerées à soupe par jour d'un sirop ainsi composé :

Biiodure de mercure.....	0,20 centigr.
Iodure de potassium.....	25 grammes.
Sirop simple.....	500 —

Lorsque, six jours après le début de ce traitement, la maladie revint me voir, il ne restait plus trace des deux tumeurs.

Trois particularités de cette observation me paraissent devoir être mises en relief :

1° Le prompt effet du traitement mixte démontre d'une façon non douteuse la nature syphilitique des tumeurs que présentait la malade. Quant à la tumeur qui fut enlevée chirurgicalement il y a quatre ans, elle était très certainement de même origine ; or, bien que la malade n'ait jamais dissimulé sa syphilis, tous les médecins consultés s'y trompèrent et portèrent le diagnostic de cancer ; l'intervention fut proposée et pratiquée par un chirurgien très distingué des hôpitaux de Paris.

2° Il s'est fait là une récurrence locale, dans le champ opératoire même d'un accident syphilitique tertiaire. Ce fait ne pouvait que contribuer à égarer encore le diagnostic et à faire subir à la malade une opération inutile.

3° Enfin il faut remarquer ici le manque absolu d'action de l'iodure de potassium sur des accidents tertiaires, et en revanche l'influence si prompt du traitement mixte.

Ulcères annamites.

Par MM. GAUCHER et TOUVENAINT.

Le malade que nous avons l'honneur de vous présenter est âgé de 45 ans.

Dans ses antécédents, on ne relève que la syphilis, contractée il y a 23 ans et qui fut d'ailleurs bénigne.

M. X... a quitté la France en 1873 pour se rendre au Japon où il est resté 5 ans. De 1878 à 1880, séjour en France.

En 1880, départ pour Tahiti. Séjour de 3 ans dans cette contrée.

De Tahiti, M. X... est parti pour la Cochinchine où il est arrivé en décembre 1883.

Pendant les trois premières années de séjour, il a bien supporté le climat.

En 1887, il a été atteint aux deux jambes de nombreux *furuncles* qui devenaient le point de départ de vastes plaies qu'aucun traitement ne parvint à guérir complètement. Il y avait des améliorations momentanées, puis de nouveaux furuncles apparaissaient et de nouvelles plaies se formaient.

Ces plaies revêtaient toutes le caractère de l'ulcère annamite avec son aspect caractéristique et son peu de tendance à la cicatrisation.

Après deux séjours aux hôpitaux militaires de Mytho et de Saïgon, le Conseil de santé décida le rapatriement de M. X..., en juin 1888. Il y avait alors près de 12 mois que l'affection avait débuté.

Dès les premiers jours de la traversée, une amélioration sensible se manifesta, les plaies se fermèrent peu à peu successivement et à l'arrivée à Toulon, en juillet 1888, il ne restait plus qu'une toute petite ulcération de la dimension d'une lentille, qui se ferma dans l'espace de vingt à trente jours.

A son retour en France en 1888, M. X..., ne suivit aucun traitement ; il se contenta d'aller faire une cure d'air et de raisin à Vevey, sur les bords du lac de Genève.

Après quatre mois de séjour en France, M. X..., est nommé fonctionnaire dans l'Inde.

Au début de son séjour à Pondichéry, quelques petits *furuncles* de la même nature que ceux qu'il avait eus en Cochinchine apparaissent ; mais les plaies étaient peu étendues et se fermaient rapidement.

Au bout de quelques mois, ces accidents disparurent complètement et ne se reproduisirent pas pendant le séjour de deux ans et demi que M. X... fit dans l'Inde.

Rentré en France en juillet 1891, M. X..., fit une saison à Vichy ; sa santé était à cette époque excellente.

En mars 1892, il repart pour la Cochinchine et pendant deux ans n'a rien de particulier.

Au mois de juin 1894, les furoncles commencent à réapparaître aux membres inférieurs en assez grand nombre, et, depuis cette époque, soit depuis dix-huit mois, les ulcères n'ont pas disparu. Des améliorations temporaires ont été obtenues, mais des rechutes survenaient ; la guérison semblant impossible, M. X... se décida à quitter la Cochinchine et le 7 septembre 1895, il s'embarqua à Saïgon. A bord, durant la traversée, l'état des plaies ne se modifia pas, malgré des soins constants et M. X..., arriva à Paris.

Le Dr Touvenaint vit le malade pour la première fois le 19 octobre. Il existait à ce moment une huitaine d'ulcérations : trois petites à la jambe droite et cinq à la jambe gauche, dont deux particulièrement importantes. L'une, située la partie antérieure de la jambe, vers la partie moyenne et qui subsiste encore aujourd'hui, avait alors 3 centim. de diamètre. L'autre, beaucoup plus profonde, située au-dessus de la malléole externe, n'avait que 2 centim. de diamètre, mais avait un très mauvais aspect. Une analyse d'urines faite à ce moment donna des résultats négatifs au point de vue de la présence du sucre et de l'albumine.

M. X... ayant mis le Dr Touvenaint au courant des divers traitements qu'on lui avait fait suivre et lui ayant dit que toutes les substances caustiques et irritantes aggravaient le mal, le Dr Touvenaint soumit le malade au traitement suivant : matin et soir, pulvérisation de trois quarts d'heure avec de l'eau bouillie. Pansements humides avec de la tarlatane stérilisée trempée dans l'eau bouillie.

Ce traitement fut continué régulièrement chaque jour, et sous son influence une amélioration très notable se produisit. Toutes les ulcérations de petite dimension se fermèrent et les deux grandes subirent un progrès très net ; le fond de la plaie se détergea peu à peu, le bourgeonnement se fit normalement, les plaies se comblèrent complètement et se rétrécirent de plus en plus.

Mais vers le 10 décembre, alors que l'ulcération située près de la malléole continuait à marcher vers la cicatrisation, l'ulcération supérieure resta stationnaire ne faisant plus aucun progrès en bien.

Le 17 décembre, l'ulcération inférieure était presque fermée, mais la supérieure continuait à rester stationnaire. C'est alors que, pour activer la guérison et hésitant sur la médication topique à employer le Dr Touvenaint pria M. le Dr Gaucher de venir voir le malade avec lui.

M. Gaucher, en raison des antécédents syphilitiques du malade, pensa qu'il pourrait bien s'agir d'une gomme et voulut commencer par essayer le traitement spécifique. Le malade prit alors 2 pilules de sublimé de 0 gr. 01 et 4 grammes d'iode de potassium par jour et appliqua sur la plaie des rondelles d'emplâtre de Vigo.

Huit jours après le début de ce traitement, la plaie ayant perdu son bel aspect et tendant à augmenter, l'emplâtre de Vigo fut remplacé par de la pommade au calomel. Le résultat obtenu fut désastreux et l'ulcération augmenta très notablement ; en même temps des douleurs apparurent.

M. Gaucher revit le malade le 3 janvier et constata une aggravation très nette des lésions. Toutes les petites ulcérations étaient cicatrisées ou en voie de cicatrisation, mais l'ulcération principale avait alors une forme elliptique et mesurait 6 centim. dans son grand axe et 5 centim. dans son petit axe.

Au pourtour de la plaie une rougeur vive avait apparu et en pressant sur un des côtés de la plaie, M. Gaucher fit sortir du pus venant de la profondeur ; on put alors constater que la peau était décollée sur une assez grande étendue.

M. Gaucher prescrivit alors la cessation du traitement spécifique ; il fit badigeonner la plaie avec de la teinture d'aloès, fit faire des pansements à l'eau boriquée et prescrivit le décubitus horizontal permanent.

Ce nouveau traitement ne réussit pas mieux ; le malade en souffrit beaucoup et, quand le Dr Touvenaint le revit le 6 janvier, il constata que l'ulcération avait encore gagné du terrain et il fit sortir encore du pus par la pression.

Il fit cesser alors les badigeonnages avec la teinture d'aloès et fit reprendre les pansements à l'eau bouillie simple. Les douleurs cessèrent et le malade déclara se trouver mieux depuis la reprise de ce traitement qui avait si bien réussi au début, durant deux mois.

D'après cette observation, on peut synthétiser de la manière suivante *l'évolution de l'ulcère annamite* :

La lésion débute par une nodosité inflammatoire, suppurative, ressemblant à une gomme cutanée ou à un furoncle : quand la collection s'ouvre, on peut en faire sortir, par la pression, un *bourbillon*.

L'ouverture est suivie d'une ulcération, qui s'accroît progressivement en surface. Les bords de l'ulcération sont durs et calleux ; le fond est bourgeonnant, irrégulier, couvert d'une suppuration plus ou moins épaisse. Quand l'ulcère devient envahissant, les bords se décolorent, des clapiers se forment dans la profondeur, desquels on fait sortir, par la pression en masse, un pus épais ressemblant à celui du furoncle.

Dans le cas actuel, aucun traitement actif ne paraît avoir eu d'influence sur la cicatrisation. Les pulvérisations et les pansements humides aseptiques sont les moyens qui ont donné les meilleurs résultats.

Les ulcères peuvent se cicatriser seuls ou sous l'influence adjuvante des pansements aseptiques. La cicatrice est alors pigmentée, semblable à la cicatrice d'une gomme syphilitique.

Les irritants et les caustiques quels qu'ils soient ont donné de mauvais résultats. La teinture d'iode, le nitrate d'argent, la teinture d'aloès, les emplâtres et les pommades divers, employés par d'autres,

avant nous, ou par nous-même, ont plutôt aggravé les lésions. Cependant, si l'ulcère ne rétrograde pas, et surtout s'il tend à s'étendre, nous avons l'intention de le traiter par la cautérisation ignée.

Relativement aux causes de l'ulcère annamite, nous sommes encore dans une ignorance absolue. On a incriminé l'eau des rizières, et comme les ulcères règnent aux jambes on a pensé que l'inoculation se faisait directement en marchant dans les rizières. Or notre malade est un fonctionnaire civil qui n'a jamais été dans les rizières.

La nature parasitaire de l'affection paraît hors de doute, mais les recherches bactériologiques sont particulièrement difficiles sur ces ulcères qui peuvent être le siège d'une foule d'infections secondaires. Cependant nous allons entreprendre, avec le concours de mon interne M. Claude, des recherches dans ce sens et nous les communiquerons ultérieurement à la Société, si nous obtenons un résultat positif.

En terminant, nous sollicitons l'avis de nos confrères, relativement au traitement qu'il convient de faire suivre à notre malade.

M. A. FOURNIER. — Il est certain que la ressemblance avec une gomme ulcérée est surprenante.

M. DU CASTEL. — La couronne de vésico-pustules que l'on voit en général dans les ulcères des pays chauds manque ici totalement.

M. GAUCHER. — J'ai proclamé, tout le premier, la ressemblance de cette lésion avec une gomme ; mais, je le répète, le traitement spécifique n'a fait qu'aggraver la lésion ; je tiens donc le diagnostic d'ulcère annamite pour bien établi, d'autant plus que c'est la deuxième récurrence et que le diagnostic initial avait été posé par des médecins très compétents en ce genre d'éruptions.

M. TENNESON. — Le traitement spécifique tel qu'il a été fait ici me paraît insuffisant ; le mercure et l'iode ont été employés *successivement*, ce qui ne saurait suffire ; de plus, il y faut joindre le repos absolu.

M. GAUCHER. — Le mercure et l'iodure de potassium ont été employés *simultanément*.

M. FEULARD. — Le repos complet au lit, la jambe élevée est un élément indispensable de guérison. Je me souviens à cet égard avoir observé, voilà déjà plusieurs années, un fait instructif qui peut se résumer en quelques mots. Une jeune fille de 17 ans portait au bas de la jambe gauche, cinq centimètres environ au-dessus du cou-de-pied et à la face interne du membre une ulcération plus grande qu'une pièce de cinq francs en argent, peu profonde, à fond rouge terne, à bords calleux un peu relevés, et durant depuis déjà de longs mois. J'essayai divers traitements, occlusion avec des bandelettes, poudre de carbonate de fer, d'iodoforme, scarifications des bords de l'ulcère, sans obtenir de résultat appréciable, la jeune malade refusant absolument de prendre le lit : c'était une ulcération d'ailleurs pas douloureuse et absolument atone ; il n'y avait pas de varices externes, pas

de tuberculose, pas d'hérédité syphilitique. (J'ajoute à cet égard que les parents de cette jeune fille devinrent dans la suite syphilitiques.) Après plusieurs mois d'essais infructueux, la jeune malade consentit enfin à s'aliter. Je fis faire alors, comme seul traitement, chaque jour, trois pulvérisations d'une demi-heure de durée au moyen d'un grand pulvérisateur à vapeur et avec de l'eau boriquée ou phéniquée faible.

Au bout de deux mois cette ulcération s'était réduite aux dimensions de un demi-centimètre. Les fêtes du nouvel an approchant, la malade malgré mon avis et croyant sa guérison assurée voulut se lever et marcher. Moins de quinze jours après, le travail de cicatrisation s'était déchiré comme un véritable tissu sur lequel on aurait tiré et l'ulcère avait repris ses dimensions premières. Plusieurs semaines après, la malade voulut bien de nouveau se remettre au lit, y rester les deux mois nécessaires pour obtenir la cicatrisation complète, plus quinze jours pour donner à la cicatrice une résistance nécessaire, et ne mettre le pied à terre que la jambe serrée par un bas élastique. La guérison fut définitive; je revois cette personne devenue aujourd'hui mère de famille et la guérison s'est maintenue : vraisemblablement il y avait des varices internes.

Les meilleurs topiques sans le repos n'obtiendront pas de résultat; le repos avec l'eau bouillie suffit souvent, comme je l'ai observé encore dans deux cas.

Dans ce cas particulier je voudrais que le traitement par le repos et un pansement simple fût appliqué avant de revenir s'il y a lieu, ce que je ne pense pas, au traitement spécifique.

M. E. BESNIER. — Je suis, je l'avoue, mal convaincu ici de l'*annamisme*. Je voudrais voir reprendre le traitement mixte avec repos *absolu* et *élévation considérable du membre malade*.

M. BARTHÉLEMY. — Je suis frappé chez le malade de M. Gaucher du mauvais état général, obésité, aspect fatigué, varices, état qui ferait penser qu'il y a peut-être de la glycosurie. Mais je n'insiste pas et ne discute pas le diagnostic d'ulcère annamite. J'en ai vu siéger dans les mêmes points de la jambe mais bien plus superficiels, ce qui ferait penser que la syphilis et surtout les varices ne sont pas ici étrangères à l'intensité des lésions. Le cas que j'ai soigné a été guéri en six semaines, bien qu'il durât depuis plusieurs mois, par les bains, le repos et la compression, et par l'application du sous-carbonate de fer. Une fois tous les quatre jours, après le bain et avant la poudre, je touchais avec le perchlorure de fer, solution au quinzième; l'ulcère était plus rosé, plus ovalaire, plus superficiel que celui-ci.

Dermatite exfoliante généralisée d'origine mercurielle ?

Par M. A. FOURNIER.

Je vous présente un malade qui est un ancien psoriasique; il s'agit d'un infirmier qui, employé à la désinfection, a vu survenir brusque-

ment, il y a quelques jours, cette érythrodermie généralisée et desquamative. Comme cet homme emploie continuellement le mercure, qu'il vit pour ainsi dire dans une buée de sublimé, ne peut-on se poser ici la question de savoir s'il ne s'agit pas d'une véritable hydrargyrie ?

Je demande à la Société de vouloir bien me donner son avis.

M. DE BEURMANN. — Comme M. Fournier, j'attribue cette éruption à l'influence mercurielle. Je viens de voir un malade qui, atteint d'abord d'une éruption scarlatiniforme, eut peu à peu une véritable dermite exfoliante. Quelque temps auparavant on lui avait fait des frictions mercurielles.

M. BROcq. — Le cas me paraît d'interprétation délicate : il faut noter que cet homme est exposé depuis longtemps aux vapeurs de sublimé. Or, dans les faits classiques, c'est d'ordinaire très peu de temps après l'action toxique que se manifeste la dermatose. De plus, il n'y a pas ici de stomatite.

D'autre part, le diagnostic de dermatite exfoliante primitive ne saurait être adopté, puisqu'il existait un psoriasis antérieur ; il semblerait donc plus logique d'admettre une poussée d'herpétide exfoliative cutanée entée sur un ancien psoriasis.

M. E. BESNIER. — Il est impossible de ne pas suspecter le mercure, quoique, d'ordinaire, les manifestations se montrent dès le premier choc toxique. Cela, sans préjudice des autres objections, telles que l'existence d'un psoriasis antérieur, et celle tirée de l'aspect de l'éruption aux pieds qui tendrait à faire rapprocher ce cas des grandes érythrodermies exfoliantes.

M. BARTHÉLEMY. — Évidemment on ne peut se prononcer d'une manière ferme sans suivre un pareil malade. Je désire seulement répondre à mon ami le Dr Brocq et à notre honoré président M. Besnier que le diagnostic d'hydrargyrie me semble exact ici. Il ne suffit pas pour le rejeter de dire que les gencives ne sont pas intéressées. J'ai vu des hydrargyries cutanées incontestables survenir avec l'intégrité des gencives. De plus, si on peut juger du mercure par ce qui a lieu pour l'iodure, je rappellerai qu'il peut y avoir des lésions cutanées iodiques chez des sujets qui prennent l'iodure de potassium depuis longtemps et qui semblent le bien supporter quand tout à coup, sans raison apparente, l'iodisme cutané apparaît. Il peut en être de même pour l'hydrargyrie et pour le mercure.

M. BROcq. — Cela est vrai ; aussi n'ai-je fait qu'envisager la *grande majorité des cas* ; à côté, il y a place pour les exceptions dont parle M. Barthélemy.

**Dermatite chronique exfoliante bénigne ou érythème
prémycosique,**

Par M. DANLOS.

Je vous présente un malade de 63 ans, atteint d'une érythrodermie exfoliante dont l'histoire peut se résumer ainsi :

Début il y a quatre ans. Pendant plus de trois ans, affection limitée au scrotum et simplement caractérisée par de la rougeur, du prurit et très passagèrement un peu de suintement. Au mois de mai dernier, sans cause appréciable, extension aux parties voisines du scrotum et en l'espace de cinq mois généralisation de la maladie. Pendant cette période d'extension le malade dit avoir éprouvé de fréquents accès de fièvre vespérale, un prurit intense qui empêchait le sommeil et temporairement, sur les parties récemment envahies par la rougeur, une tuméfaction oedémateuse. Au moment de l'entrée la rougeur était absolument générale, d'une teinte sombre, ou même violacée sur les mains et les membres inférieurs. La peau se montrait partout couverte de larges écailles, minces, lamelleuses, étagées et séparées par des sillons curvilignes à courbes parallèles, d'où résultait sur les cuisses et la face dorsale des mains un aspect comparable à celui des écailles d'acier qui constituent certaines armures. En certains points, notamment à l'abdomen, sur les reins, au-dessus des coudes et des genoux, la peau, trop grande pour les parties recouvertes, retombait en plis parallèles. Pris entre les doigts, ces plis montraient un léger épaissement par infiltration dermique. Par contre, à la face la peau paraissait plutôt trop courte et l'on constatait aux paupières inférieures un léger degré d'ectropion. Tuméfaction semi-oedémateuse de l'extrémité des doigts; chute partielle des poils de la barbe et des cheveux, intégrité des ongles. A noter aussi un très léger degré de suintement par fissures intersquameuses à la face postérieure du cou, sous les aisselles et aux aines. Enfin, comme phénomène important, un engorgement polyganglionnaire indolore et-aphlegmasique dans toutes les régions accessibles : aine, aisselle, épitrochlée, région cervicale, etc.

L'état général était assez bon, bien que le malade dît avoir beaucoup maigri. Persistance d'un haut degré de prurit, appétit presque nul. Aucune lésion viscérale. Pas de sucre ou d'albumine dans l'urine. Rien sur les muqueuses.

Aujourd'hui, après trois semaines de séjour à l'hôpital, on constate les changements suivants : L'appétit s'est relevé, le malade mange et engraisse, aussi les plis et la laxité cutanés signalés plus haut ont-ils presque disparu. Le prurit est diminué; l'état général excellent, et grâce à des applications quotidiennes de vaseline le suintement et l'exfoliation ont cessé. La rougeur seule persiste dans toute son intensité, il semble même que depuis quelques jours sa teinte sombre et violacée soit devenue plus intense. Dans les parties déclives la coloration tourne presque au noir. Les engorgements ganglionnaires ne se sont pas modifiés. A plu.

sieurs reprises nous avons constaté sur divers points du corps et de la tête des plaques d'œdème passager dont la cause nous échappe.

En présence de ces signes, le diagnostic symptomatique est évidemment celui d'érythrodermie exfoliante primitive chronique. Ceci posé, il ne saurait s'agir d'un pityriasis rubra chronique (type Hebra) car outre l'évolution, le caractère largement foliacé et non pityriasique des squames, le suintement fréquent, la laxité de la peau ne légitimeraient pas cette manière de voir. Il est plus difficile de décider si l'on est en présence d'une dermatite bénigne ou d'un érythème prémycosique. En faveur de la première opinion milite le bon état général et l'absence sur la peau de tumeur ou d'infiltration suspecte; en faveur de la seconde, l'intensité de l'engorgement ganglionnaire. En somme, un diagnostic ferme, basé sur la seule observation clinique, ne nous paraît possible que par l'évolution ultérieure. Dans ces conditions nous avons pensé qu'un examen biopsique pourrait fixer notre incertitude et nous avons prié M. Leredde de s'en charger. Le résultat de cette tentative n'a pas été aussi décisif que nous l'espérons. M. Leredde croit simplement à la possibilité d'une infiltration mycosique; toutefois, en se plaçant à ce point de vue, l'examen du sang et celui des coupes n'aura pas été inutile car il a révélé deux particularités fort intéressantes. Il y a dans le sang par millimètre cube 5,200,000 globules rouges et 17,125 globules blancs c'est-à-dire une leucocytose assez intense. Si l'hypothèse d'un érythème prémycosique se confirme et si la leucocytose augmente, ce cas sera peut-être une forme de transition entre le mycosis et la lymphodermie pernicieuse de Kaposi. En outre, l'examen des coupes et celui du sang ont montré l'existence d'un nombre absolument anormal de cellules éosinophiles. On sait quelle importance diagnostique on a récemment attribuée à ces éléments envisagés comme caractéristiques de la maladie de Duhring. Dans le cas actuel il ne saurait être question de cette dermatose, aussi la présence de ces éléments éosinophiles en quantité a-t-elle théoriquement un certain intérêt.

Étude histologique du malade présenté par M. Danlos, par M. LEREDDE.

Les lésions dermiques dépendent essentiellement du système sanguin. Toutes les cavités vasculaires, en dehors des lymphatiques, sont dilatées; c'est autour d'elles que se forment des amas cellulaires, plus volumineux et moins serrés dans le tissu lâche du corps papillaire, plus petits et plus denses dans la profondeur.

Ces amas s'étendent dans les papilles, très allongées, légèrement classées, et s'étalent au niveau du réseau sous-papillaire, en restant généralement distincts les uns des autres: c'est dire que l'infiltration cellulaire n'est pas très intense en ce point, non plus qu'ailleurs du reste, et on comprend ainsi l'épaississement modéré de la peau, constaté à l'examen clinique.

Comment, de quelles cellules sont constituées ces amas, qui se forment même le long des artérioles ?

Autour du vaisseau sanguin le tissu est lâche, il existe un œdème qui dissocie les fibres conjonctives, les émiette et forme ainsi un réticulum qu'il est facile de constater. Les noyaux qu'on y trouve sont, les uns des noyaux de cellules fixes, les autres des noyaux leucocytiques.

Mais, en outre, on y trouve des mastzellen nombreuses, que nous retrouverons abondantes également à distance des vaisseaux.

Jusqu'ici, en somme, rien ne distingue au point de vue cytologique ces lésions de celles du mycosis fongofide. Comme dans celui-ci, on peut rencontrer en quelques points des plasmazellen.

Il faut remarquer toutefois que dans le mycosis, les papilles sont en général moins intéressées qu'elles ne le sont dans le cas actuel, à la période où l'infiltration périvasculaire est encore plus marquée.

Mais j'attache beaucoup plus d'importance, au point de vue différentiel, à la présence constante dans tous les foyers cellulaires de cellules éosinophiles parfois très nombreuses ; dans le champ du microscope, autour des vaisseaux, à un fort grossissement on en voit toujours de 5 à 18. Ces éléments peuvent se rencontrer à l'occasion dans le mycosis, mais en très petit nombre, dans quelques points seulement, et à ce que j'ai vu dans les seuls cas où il y a diapédèse polynucléaire. Ici c'est bien différent. On les trouve partout dans la profondeur du derme comme à la surface, et nulle part on ne voit de leucocytes polynucléaires non éosinophiles en diapédèse.

Dans le corps papillaire, et moins souvent dans la profondeur, on trouve des amas de pigment ocre à gros grains, groupés les uns auprès des autres, ayant la forme de cellules dont le protoplasma et le noyau avaient disparu. Ces amas ont des prolongements multiples, ramifiés, comme s'ils provenaient des mastzellen. En dérivent-ils ? Le fait actuel ne peut servir qu'à poser une question et non à la résoudre. Parfois, ils prennent par la thionine une couleur verdâtre, les granulations basiques des mastzellen se colorant en violet, parfois ils se groupent autour d'un noyau très peu colorable. En tous cas, il est évident qu'ils ne proviennent pas des éosinophiles.

Bien qu'on ne puisse trouver nulle part de karyokinèse, il semble évident qu'en certains points les cellules endothéliales des capillaires et des vésicules sont multipliées, elles forment quelquefois des couches superposées, sans que le calibre soit rétréci, au contraire, j'ai déjà fait remarquer qu'il était toujours élargi.

Dans le tissu conjonctif, à distance des vaisseaux, les cellules fixes sont certainement multipliées.

Les papilles hypertrophiées atteignent parfois le niveau de la partie supérieure du corps muqueux ; mais, entre elles, l'épiderme s'hypertrophie aussi, et ses prolongements pénètrent profondément le derme. Les éléments du corps muqueux ne sont pas altérés, semble-t-il ; le stratum granulosum a disparu, est remplacé par un lit de cellules plates ayant conservé leur noyau à protoplasma homogène et qui forment la couche cornée en se fusionnant entre elles. Les lamelles en exfoliation conservent

des noyaux en forme de gros bâtonnets couchés parallèlement à la surface cutanée.

On trouve quelques lymphocytes en migration dans l'épiderme, mais jamais d'éosinophiles.

En somme, il s'agit là de lésions qui ont une certaine analogie avec celles du mycosis, mais en différent par la présence en nombre abondant de cellules éosinophiles dans la peau. Ce fait imposait l'examen du sang.

Nous avons trouvé :

Globules rouges..	5.200.000	sans altération morphologique
Globules blancs..	17.125	— —

Cette leucocytose n'aurait pas de signification s'il n'y avait en même temps une modification du rapport des formes leucocytaires entre elles.

Le sang contient :

Polynucléaires.....	65	p. 100
Mononucléaires et lymphocytes.....	34	—
Éosinophiles.....	1-2	—

Or, ici nous trouvons :

Polynucléaires.....	27	p. 100
Éosinophiles.....	23	—
Mononucléaires et lymphocytes.....	50	—

Ces altérations qualitatives ont la plus grande valeur. Par exemple, les éosinophiles sont soixante fois plus nombreux chez ce malade que chez un individu sain. Les lymphocytes et mononucléaires sont cinq fois plus nombreux et les polynucléaires en nombre normal.

Si chez ce malade on trouvait quelque signe de lymphodermie en dehors de l'altération cutanée on prononcerait le mot de leucémie. L'altération des globules blancs la révèle plus que la leucocytose quand celle-ci est peu marquée.

S'agit-il d'un cas de lymphodermie pernicieuse de Kaposi ? Mais dans l'observation de cet auteur l'état des leucocytes n'a été étudié qu'au point de vue quantitatif (125,000 globules blancs). Nous ne pouvons en rapprocher à cet égard l'observation présente.

D'autre part, dans cinq ou six cas des mycosis que j'ai étudiés au point de vue de l'état du sang, je n'ai pas vu les lésions leucocytaires qui existent chez le malade de M. Danlos.

Mais la lymphodermie pernicieuse de Kaposi est au mycosis ce qu'est la lymphodermie leucémique à la lymphadénie aleucémique. Le malade actuel rentre dans le cadre général de la lymphodermie et du mycosis ne différant que par certains caractères des faits publiés jusqu'ici.

En tout cas si l'étude histologique de la peau et l'examen du sang ne permettent pas de trancher le diagnostic d'une manière plus précisée parce que nous ne connaissons pas jusqu'ici de fait comparable, ils permettent de saisir une rotation de première importance dans

l'espèce entre l'altération sanguine et l'altération cutanée. Le malade présente une « hémato dermite ». Plus tard peut-être les modifications cliniques de la maladie permettront-elles de poser un diagnostic plus précis.

Rien dans l'affection ne rappelle, cliniquement la maladie de Dühring. Si j'en parle c'est pour répondre d'avance à une objection. J'ai remarqué avec M. le Dr Perrin de Dijon, l'éosinophilie, dans cette dermatose et la présence d'éosinophiles dans la peau. C'est également une hémato dermite. Mais chez le malade de M. Danlos, il ne se fait pas d'excrétion de cellules acidophiles à travers le tégument externe; sur les coupes on n'en trouve aucune dans l'épiderme. Or l'excrétion des éosinophiles par la peau est nécessaire en dehors de l'éosinophilie pour caractériser la maladie de Dühring. Dans le cas présent du reste l'éosinophilie qui est excessive, s'associe à des altérations sanguines que je n'ai rencontrées ni dans la maladie de Dühring ni dans le mycosis.

Psoriasis avec arthropathies.

Par M. DANLOS

X..., originaire du département de l'Ain, où il a eu des fièvres intermittentes, est atteint de psoriasis et d'arthropathie déformante des mains et des pieds.

Le mal a débuté il y a seize ans par une attaque de rhumatisme subaigu généralisé qui a duré quatre mois et au cours de laquelle le psoriasis s'est manifesté pour la première fois. Depuis, aucune des deux manifestations n'a jamais complètement guéri. Le psoriasis s'éteignait plus ou moins en été pour reparaitre sur les mêmes points ou sur d'autres l'hiver suivant à l'occasion des poussées arthropathiques. Celles-ci se manifestaient régulièrement tous les ans vers la fin de novembre, pour céder partiellement au printemps, de sorte que pendant une dizaine d'années le malade a hiverné dans les hôpitaux de Lyon. Il aurait fait également une saison à Montpellier, une autre en 1886 dans le service de M. Hallopeau où il aurait passé quarante jours. Après chacune de ces poussées hivernales, bien que les douleurs en été fussent moins vives la déformation des extrémités persistait intacte ou même aggravée, ce qui a conduit peu à peu notre malade à l'état d'infirmité où nous le trouvons actuellement. Quant au psoriasis il changeait simplement de place, blanchissant sur un point, reparaissant sur un autre; en sorte que depuis seize ans jamais la peau n'en a été entièrement débarrassée. Aujourd'hui, les arthropathies respectant à peu près les grandes jointures, sauf le genou droit dont la rotule est élargie, ont déformé les petites articulations des pieds et des mains. Celles-ci nous offrent le tableau complet de l'arthrite noueuse, ankylase, nodosités, attitudes spéciales, atrophies musculaires réflexes, etc.

Le psoriasis incomplètement généralisé a trois foyers principaux qui sont : 1° le cuir chevelu envahi en totalité ; 2° les avant-bras et le dos des mains surmontés de nombreux placards ; 3° enfin les membres inférieurs et toute la partie inférieure du tronc qui sont revêtus d'une véritable culotte psoriasique interrompue seulement aux plis inguinaux, aux creux poplités, à la plante et au bord interne des pieds, ainsi qu'en quelques points de la face antéro-interne des cuisses et des jambes. L'état général est assez bien conservé. Urines exemptes de sucre, d'albumine et de gra-viers. Rien au cœur.

Les deux lésions dont souffre ce malade coexistent trop souvent pour que leur réunion puisse s'expliquer par une simple coïncidence. La manière la plus simple d'envisager leur rapport est de supposer qu'elles sont étrangères l'une à l'autre et ne sont réunies que par leur affinité commune pour le terrain qui les supporte. C'est à peu près l'idée de Bazin pour cette forme morbide, qu'il désignait sous le nom de psoriasis pseudo-arthritique, avec cette complication toutefois que l'aptitude morbide du terrain résultait pour lui de la superposition de deux diathèses, l'arthritisme et l'herpétisme.

Aujourd'hui cette conception ne compte guère de partisans et l'on explique les cas de cette nature en admettant une trophonévrose ou une diathèse unique. En supposant ces théories mieux fondées que les précédentes, pouvons-nous dans le cas présent décider entre elles ?

Avec une trophonévrose il faudrait admettre l'existence d'une lésion systématisée des nerfs trophiques de la peau et des nerfs articulaires. Il faudrait admettre en outre quela lésion très étendue pour la peau est plus circonscrite pour les jointures ; et que cependant elle est en même temps beaucoup plus profonde pour celles-ci puisque le processus articulaire n'a jamais rétrocedé, tandis que les poussées psoriasiques ont présenté des alternatives locales de disparition et de retour.

En faveur de l'idée diathésique on peut observer que si l'on fait abstraction de l'élément cutané, le cas actuel est un exemple bien complet et absolument typique de rhumatisme nouveau. Le rhumatisme par sa fixité et ses progrès est la véritable dominante morbide et si l'on rapproche ce fait des antécédents héréditaires du malade dont le père arthritique sans lésions cutanées paraît avoir été atteint d'une sciatique à répétition, on trouve que l'hypothèse d'une origine diathésique est peut-être plus acceptable que celle d'une trophonévrose.

M. L. JACQUET. — Sans vouloir rien conclure relativement au malade de M. Danlos, je dois dire que dans un cas de psoriasis généralisé avec arthropathies déformantes, nous avons, M. Lieferring et moi, trouvé des lésions médullaires indubitables. Il me paraît donc rationnel de rappro-

cher les lésions articulaires psoriasiques des arthropathies nerveuses. Et je rappelle en outre que, pour plusieurs auteurs, la polyarthrite déformante aurait une origine analogue.

Erythème polymorphe chez une malade à hérédité tuberculeuse, toussant depuis 17 ans, sans bacilles dans les crachats. Spléno-pneumonie ou pleurésie du sommet gauche : pneumopathie staphylococcique. Ostéopathie hypertrophique pneumique. Pseudo-rhumatisme nouveau. Zona.

Par MM. PAUL GASTOU et GUSTAVE KEIM.

La malade est âgée de 59 ans, exerce la profession de cuisinière. Son père est mort phthisique, sa mère est morte à 45 ans, avec dit-elle, une paralysie des membres. Elle a eu trois frères et trois sœurs. Ils sont morts de la poitrine.

Elle avait eu gourme dans l'enfance, mais ne se souvient pas avoir jamais eu d'autres maladies jusqu'en 1875. Jamais elle n'eût de grossesse, ni de fausses couches.

En 1875, elle était dit-elle indisposée, c'était en hiver, elle prit froid, ses règles s'arrêtèrent pour ne plus jamais revenir et en même temps elle s'alita et fut soignée pour une fluxion de poitrine siégeant du côté gauche.

En 1878, nouvelle atteinte d'affection pulmonaire. Depuis cette époque, la malade n'a cessé de tousser et de cracher. Les crachats étaient au début habituellement grisâtres, jaunâtres; depuis quatre ans, ils sont à chaque instant hémoptoïques. Un amaigrissement assez marqué est survenu rapidement et s'est accompagné de sueurs profuses, de dyspnée au moindre effort. A ces différents phénomènes viennent s'ajouter de temps à autre des poussées de bronchite.

Les fonctions digestives ont toujours été parfaites.

Il y a deux ans, la malade a été soignée à Saint-Louis pour un zona fébrile du plexus cervical droit.

Elle est entrée ces jours-ci dans le service pour une affection toute différente des accidents qu'elle a eu jusqu'à présent.

Il y a dix jours, elle fut prise, sans cause apparente de fièvre, de frissons, de vertiges, d'une céphalalgie intense et de vives douleurs dans l'arrière-gorge qui devint très rouge.

Ces phénomènes durèrent deux jours environ, mais à leur place vers la fin du deuxième jour survint un gonflement très douloureux de la face dorsale des deux mains, de la région parotidienne gauche, du menton et du cou.

Sur cet œdème apparurent des placards érythémateux, livides, lie de vin. Placards irréguliers, très hyperesthésiques au moindre contact.

A son entrée dans le service on constate de larges taches d'aspect purpurique tant l'érythème est foncé.

Au niveau de la joue gauche est un placard qui occupe toute la région du maxillaire et donne absolument l'apparence d'un lupus érythémateux ou d'un érythème pernio. A la face dorsale de la main et des doigts, l'aspect est le même, mais les placards sont plus irréguliers. La région anti-brachiale inférieure, la face palmaire, la région thénar sont parsemées de taches de même aspect dont le bord est plus rouge que le centre et que la pression, très douloureuse, fait disparaître. Sur le cou quelques taches érythémateuses sont recouvertes de vésicules.

La malade qui est amaigrie et crache du sang n'a pas en ce moment de fièvre. Elle tousse et l'examen de son poumon ne montre d'altération qu'au sommet gauche.

En avant sous la clavicule gauche, la sonorité est très diminuée, l'inspiration et l'expiration sont diminuées d'amplitude et d'intensité et s'accompagnent de frottements non modifiés par la toux. Les vibrations thoraciques sont diminuées et il n'y a pas de retentissement de la voix. En arrière dans la fosse sus-épineuse la matité est presque complète, il n'y a pas de vibrations, ni de retentissement de la voix. L'inspiration et l'expiration sont diminuées, l'inspiration est remplacée par un souffle aigrelet, fin, musical, d'allure pleurétique.

Ce souffle a ce caractère très marqué surtout au niveau de l'épine de l'omoplate, il devient dans la fosse sus-épineuse plus soufflant, cavernuleux ou tout au moins fortement bronchique.

Dans les autres parties du poumon on ne note rien de spécial. Le cœur est sain, le pouls normal, les veines non variqueuses, les reins fonctionnent bien, il n'y a pas d'albumine. Aucun signe d'altérations nerveuses ou musculaires.

Mais des déformations, tout à fait particulières des mains et des pieds attirent l'attention. D'abord la malade à une flexion de l'auriculaire droit qu'elle prétend être congénitale et héréditaire. Puis elle a la déformation des doigts appelée « doigts en baguette de tambour » ; à un très haut degré. Enfin aux articulations phalango-phalangiennes des mains et aux articulations similaires des orteils elle a des nouures et des déformations. Si bien qu'aux mains et surtout aux pieds, la déformation dans son ensemble rappelle les caractères des « pseudo-rhumatismes noueux ». Ce processus déformant a débuté il y a cinq ans environ, sans douleurs bien manifestes, la malade n'en ayant jamais été incommodée.

En résumé, voici une malade qui atteinte d'une affection broncho-pulmonaire de longue durée, probablement, et de par l'hérédité, tuberculeuse, fait des accidents multiples à différentes époques de sa vie tels que : zona, rhumatisme noueux, ostéopathie hypertrophique pneumique, érythème polymorphe.

Existe-t-il un lien entre ces différentes affections et ne peut-on supposer qu'une infection d'origine pulmonaire en soit la cause ?

Pour ce qui est du zona et de l'érythème polymorphe la démonstration semble avoir été déjà faite dans d'autres cas analogues. Nous pensons que l'ostéopathie hypertrophique pneumique et le pseudo-

rhumatisme noueux que présente cette malade peuvent être aussi provoqués par l'infection partie du poumon. Ces déformations poly-articulaires et osseuses se rencontrant en effet dans des auto-intoxications, dans des infections : la tuberculose, la blennorrhagie les produisent souvent. Ici, faut-il incriminer la tuberculose ? Peut-être la toxine du bacille de Koch agit-elle ? Mais fait curieux les crachats de cette malade examinés à différentes époques et par divers observateurs, par M. Talamon, par nous-même n'ont jamais montré de bacille de Koch. En revanche ils pullulent de staphylocoques que l'on rencontre également au niveau des plaques d'érythème. Il semble donc possible d'attribuer tous les accidents présentés par la malade à une infection staphylococcique d'origine pulmonaire, primitive, ou, secondaire à une spléno-pneumonie de nature tuberculeuse.

M. L. JACQUET. — C'est moi qui reçus cette malade lors de la première consultation d'après-midi de l'hôpital Saint-Louis ; j'attribuai son érythème soit à un élément toxique endogène, développé dans ses bronches et son poumon altérés de longue date, soit à une toxémie médicamenteuse, car peu avant l'éruption elle avait pris de la terpine et de la cocaïne. Quant à ses déformations, elles semblent bien répondre au type ordinaire de l'ostéo-arthropathie pneumique.

Néphrite albumineuse. Phlébite double. Ulcérations ecthymateuses des jambes. Gangrène symétrique superficielle des orteils, survenus après une pneumonie Rétrécissement mitral. Néphropathie familiale héréditaire.

Par PAUL MM. GASTOU et GUSTAVE KRIM.

La nommée Marie L..., âgée de 18 ans est entrée le 20 novembre 1895, salle Henri IV, dans le service de M. le professeur Fournier.

Son père ne semble pas avoir eu d'accidents spécifiques, mais il est alcoolique, tousse souvent et a eu une pleurésie. Sa mère est morte à 42 ans, elle était obèse, asthmatique et a eu pendant longtemps de l'albumine dans les urines. De trois enfants, un est mort du croup. Le dernier est un garçon de 15 ans obèse, qui pèse 72 kilogr. et a depuis plusieurs années une albuminurie consécutive à une scarlatine.

La malade est également obèse, elle a eu dans son enfance des maux d'yeux, elle a actuellement une taie et louche. Jamais elle n'a été malade, sauf une gale dont elle a été guérie rapidement. Réglée à 13 ans elle l'est assez irrégulièrement.

En octobre 1894, à la suite d'un refroidissement elle resta plusieurs mois sans voir.

En janvier 1895, elle a une pneumonie gauche qui dure neuf jours. C'est quelque temps après cette affection thoracique que les accidents qui l'ont amenée à l'hôpital ont commencé.

Dès qu'elle reprit sa vie habituelle elle éprouva dans la jambe gauche de la lourdeur, des fourmillements, de la douleur et la jambe s'œdématisa. Peu de temps après les mêmes phénomènes apparurent sur la jambe gauche. Elle fit alors une phlébite double et s'alita.

On ne constata pas, à cette époque, dit-elle, d'albumine dans les urines. Étant alitée, sous l'influence du grattage, déterminé par des démangeaisons aux jambes, il se produit sur les membres œdématisés des excoriations qui aboutissent peu à peu à des ulcérations dont l'on voit encore aujourd'hui les cicatrices d'aspect absolument syphiloïde. La phlébite et les ulcérations guérirent en trois semaines.

Deux mois après nouvel œdème, grattage, excoriations et ulcérations qui persistent encore à l'entrée de la malade dans le service.

C'est vers le mois d'août, les jambes étant encore œdématisées et recouvertes d'ulcérations, que se produisit une cyanose intense des extrémités des orteils, cyanose douloureuse, suivie d'exfoliations épidermiques qui aboutit progressivement à une véritable gangrène superficielle. En certains points, dit la malade, il serait survenu avant la gangrène de véritables bulles qui s'ouvraient et laissaient à nu le derme.

A son entrée dans le service les orteils sur leurs faces interdigitales et plantaires présentent des ulcérations à fond violacé, saignant facilement, très sensibles au toucher, très hyperesthésiques au moindre frottement. En même temps existent sur les jambes œdématisées des ulcérations multiples, siégeant sur tout le pourtour des jambes et d'aspect ecthymateux. Les mouvements des membres sont douloureux, mais on ne sent pas de cordon veineux. Il existe 3 gr. d'albumine par litre dans les urines, la malade urine normalement 1,500 à 1,600 gr. en moyenne par jour. Il existe de l'oppression, une douleur dans l'aisselle gauche. La malade a eu à différentes reprises au mois d'octobre des crachats hémoptoïques. L'examen du poumon est négatif. Il n'en est pas de même du cœur : on note un souffle pré-systolique et un dédoublement du deuxième bruit, dont le maximum est vers la base. Il existe donc manifestement un rétrécissement mitral.

Le pouls est petit, régulier. Il n'y a pas d'autres phénomènes à signaler sous l'influence de l'administration de 2 gr. d'iodure de potassium et de 20 centigr. de tannin, l'albumine a presque entièrement disparu, les ulcérations et l'œdème également.

Comment relier entre eux ces différents accidents : S'agit-il dans ce cas d'accidents infectieux qu'on puisse rattacher à la pneumonie laquelle aurait déterminé l'endocardite, la néphrite, les phlébites et les troubles cutanés ? Ou bien le rétrécissement mitral a-t-il été le point de départ de tous les accidents qu'a présentés la malade ? Enfin ne peut-on pas supposer, en présence de l'hérédité si chargée de la malade, qu'il s'agit d'une de ces maladies familiales héréditaires, de

nature indéterminée, dont nous trouvons tant d'exemples dans les maladies du système nerveux.

Est-ce une sorte d'albuminurie héréditaire, est-ce une néphropathie familiale héréditaire, est-ce une altération primitive, congénitale du rein ou du cœur ? Il est difficile de le dire. Ce que l'on constate c'est l'albuminurie chez la mère, le fils et la fille. Ce qu'on ne peut trouver c'est la cause première de ces accidents héréditaires, la syphilis ne semblant pas devoir être ici mise en cause.

M. L. JACQUET. — J'ai déjà vu au moins trois ou quatre femmes atteintes de rétrécissement mitral congénital chez qui il existait des stigmates avérés d'hérédo-syphilis.

Sur un nouveau cas de lichen plan atrophique.

Par M. H. HALLOPRAU.

Nous venons d'observer, dans notre service, une malade atteinte d'une dermatose tout à fait semblable aux deux cas que nous avons décrits précédemment sous ce titre et dont les moulages sont dans notre musée. Nous y noterons cependant quelques particularités sur lesquelles nous nous permettrons d'attirer l'attention.

La nommée Antoinette G..., âgée de 55 ans, entrée le 30 décembre 1895, salle Lugol, lit 5, est atteinte d'une affection cutanée qui a débuté il y a huit ans par la face palmaire de l'avant-bras. D'abord très circonscrite, elle s'est étendue progressivement. Un an après, une éruption semblable s'est manifestée sur la partie symétrique de l'avant-bras gauche. Enfin, il y a deux ans et demi, une nouvelle plaque semblable s'est développée derrière l'épaule droite.

D'après le dire de la malade la lésion initiale est constamment un point noir, légèrement saillant, donnant au doigt une sensation de rape ; il s'entoure d'une aréole d'un rouge clair qui dure plusieurs mois et se réunit avec des lésions semblables d'origine plus récente. La lésion s'accompagne à ce moment de prurit. Les saillies noires tombent au bout de quelques mois et la plaque éruptive se décolore.

Actuellement nous constatons les faits suivants :

La malade est d'une bonne constitution, mais nerveuse et excitable ; son sommeil est troublé et agité. A l'avant-bras gauche, on distingue trois plaques éruptives : la plus grande mesure 45 centim. transversalement sur 32 centim. verticalement, elle est de forme irrégulièrement ovalaire et plus pigmentée, tout au moins à son pourtour, que les parties saines. Cette pigmentation ne disparaît qu'incomplètement sous la pression du doigt. Ses limites sont nettes et son pourtour est légèrement déprimé par rapport aux parties saines. Les plis de la peau y sont exagérés, on y distingue un très grand nombre de dépressions punctiformes.

Les parties séparées par ces plis exagérés forment de petites plaques

brillantes, à contours irrégulièrement polygonaux, variant de 1 à 3 millim. de diamètre.

Au-dessous de cette grande plaque, on en voit une plus petite ; elle mesure seulement 3 millim. de diamètre, elle est plane, blanchâtre au centre, pigmentée à la périphérie, et parsemée de dépressions punctiformes peu accentuées.

A 3 millim. au-dessus de la grande plaque, se trouve une autre lésion semblable de 7 millim. sur 5 millim. saillante, décolorée et creusée de dépressions dans sa partie centrale, pigmentée à sa périphérie. En la regardant attentivement, on y distingue une disposition en taches confluentes que séparent des rebords légèrement saillants et plus brillants.

Dans la même partie de l'avant-bras droit, nous notons deux plaques éruptives. La plus grande mesure 34 millim. transversalement sur 17 millim. verticalement ; son contour, légèrement déprimé et notablement pigmenté est polycyclique. Son aire décolorée est parsemée de dilata-tions veineuses et de dépressions punctiformes.

Au-dessous d'elle, l'autre plaque correspond exactement en bas au pli du poignet. Elle est manifestement constituée par la confluence de plusieurs éléments plus petits dont on voit encore partiellement les contours pigmentés. On y remarque les mêmes dépressions punctiformes.

A la partie postérieure du même avant-bras, une surface déprimée, légèrement pigmentée par places, décolorée dans ses autres parties, représente une lésion semblable rétrocedée.

Derrière l'épaule droite, au niveau de l'angle interne de l'omoplate, on remarque deux plaques d'origine plus récente.

La plus grande mesure 24 millim. transversalement sur 20 millim. verticalement ; elle est légèrement saillante ; son bord est pigmenté et se détache nettement des parties voisines ; son aire est décolorée. On y voit un très grand nombre de saillies comédoniennes, semblables à celles que la malade a vues à l'avant-bras, mais moins pigmentées. Elles sont très multipliées dans toute l'étendue de la plaque ; leurs dimensions varient de celle d'une pointe d'aiguille à celle d'une tête d'épingle ; elles donnent au doigt une sensation de rape.

L'épiderme desquame légèrement dans leurs interstices ; le pourtour plus coloré simule le lilas ring des plaques de morphee, cependant la teinte n'est pas violette ; mais rosée. A 8 millim. au-dessous de cette plaque, se trouve une lésion semblable, du volume d'une lentille ; elle est légèrement saillante et également criblée de comédons ; l'une et l'autre sont résistantes au toucher. La malade assure que, si les choses se passent comme aux avant-bras, les deux plaques vont se réunir.

La muqueuse buccale, au niveau de la joue gauche, présente de nombreuses stries opalines circonscrites ou confluentes.

Ce diagnostic pourrait offrir quelques difficultés en raison de la grande analogie que ces plaques éruptives, présentent avec celles de la morphee : c'est le même aspect luisant et décoloré, la même consistance ferme, le même pourtour pigmenté. Nous avons vu cependant que ce dernier n'est pas violacé comme dans la morphee ; d'autre part, le début par l'apparition de comédons n'appartient pas à cette derma-

tose. On peut en outre reconnaître les vestiges des éléments de lichen plan à leurs contours irrégulièrement polygonaux et à leur surface brillante. Ajoutons enfin que la coïncidence de lésions buccales caractéristiques ne laisse pas de place au doute.

Comme dans nos deux autres faits, les lésions principales occupent les faces palmaires des avant-bras, au-dessus des poignets : c'est là pour elles le principal lieu d'élection.

Leur caractère scléreux et atrophique les distinguent si nettement du lichen plan vulgaire que l'on pourrait se demander s'il s'agit bien réellement de la même dermatose : les altérations caractéristiques de la muqueuse buccale permettent de répondre nettement par l'affirmative.

Les renseignements fournis très minutieusement par le malade sur le début des altérations par des points noirs saillants donnant au doigt la sensation de rape et la présence, sur toutes les plaques éruptives, de très nombreux grains comédoniens ou de dépressions consécutives à la chute de produits semblables nous paraissent jeter un certain jour sur la pathogénie de cette affection. Déjà, antérieurement, nous avons signalé à plusieurs reprises la présence de dépressions punctiformes, sans papules périphériques, dans les paumes des mains, et nous en avons conclu que ces altérations des orifices glandulaires ne sont pas, comme on l'admet généralement, secondaires et produites en quelque sorte par la rétraction des parties voisines, mais bien primitives. Lundi dernier encore, à notre consultation, chez un malade atteint dans le dos d'une plaque typique de lichen plan, nous observions des dépressions profondes, multiples, pigmentées, représentant en toute évidence des orifices glandulaires très dilatés sans papules à leur pourtour. Ces faits tendent manifestement à établir que le point de départ de cette dermatose est le plus souvent l'orifice glandulaire et qu'il y a lieu d'y chercher le parasite.

Nous résumerons ainsi qu'il suit les conclusions de ce travail :

1° *Le lichen plan atrophique a pour principal siège d'élection les faces palmaires des avant-bras dans leur partie la plus déclive ;*

2° *Il peut coïncider avec des lésions caractéristiques de la muqueuse buccale ; ce fait prouve qu'il est bien de même nature que le lichen plan vulgaire ;*

3° *La dénomination de Ruber ne saurait plus entrer dans la définition de cette dermatose puisque dans cette forme les lésions sont d'emblée décolorées ;*

4° *Le lichen plan atrophique peut offrir des caractères cliniques très semblables à ceux de la morphée : il s'en distingue par la présence de nombreux grains comédoniens ou de dépressions les représentant, par les vestiges de papules brillantes et polygonaux et par la coexistence de lésions buccales caractéristiques ;*

5° Les lésions initiales du lichen plan occupent le plus souvent les orifices glandulaires: il faut de nouveau y chercher le parasite.

Gomme du sein.

Par M. E. EMERY.

La nommée J. D..., 30 ans, mécanicienne, est déjà une très ancienne malade du service du professeur Fournier.

Elle contracta la syphilis, il y a environ douze ans, et cette syphilis, probablement en raison des antécédents scrofuleux de la malade et de son hérédité tuberculeuse et alcoolique, se manifesta d'emblée par des signes de syphilis maligne précoce. En 1889, 1890, 1891, elle est frappée coup sur coup de syphilides serpigneuses phagédéniques de la face, du cuir chevelu et du sein. Les continuelles récidives in situ de ces ulcérations ne laissent à la malade ni trêve ni repos, pendant trois années successives, en dépit du traitement spécifique le plus intensif. Elle porte actuellement la trace de ces accidents sous la forme de cicatrices kéloldiennes qui l'ont complètement défigurée.

En 1895, le 20 juillet, cette malade entre pour la quatrième fois dans le service du professeur Fournier pour des gommès multiples de la vulve. Une de ces lésions découverte sur la paroi antérieure du vagin, est en raison de la rareté même de cette localisation, l'objet d'une présentation à la Société de dermatologie. L'observation en a été publiée par M. Cadol, externe du service, dans le bulletin de la Société (tome VI, novembre 1895).

Sortie guérie du service, la malade ne jouit pas d'une longue trêve. Il y a environ trois mois, elle ressentit spontanément dans son sein droit des douleurs lancinantes qui attirèrent son attention de ce côté, et elle découvrit, dans l'épaisseur même de la glande mammaire, un petit noyau dur et mobile dont la pression provoquait une recrudescence de la douleur.

Cette tumeur augmenta progressivement de volume; des adhérences à la peau se produisirent et il se fit en ce point une petite ulcération datant déjà de cinq jours, lorsqu'elle vint consulter à l'hôpital, le 18 décembre. On constate alors: une petite ulcération siégeant sur la partie antérieure du sein droit, à deux travers de doigt au-dessous, et un peu en dedans du mamelon. Elle a l'étendue d'une pièce de un franc, sa forme est régulièrement arrondie. Les bords de cette ulcération sont réguliers, sans épaisseur, décollés, et forment un liséré rouge, tranchant sur le fond. Ce fond est excavé à pic, profond environ de un demi-centimètre. La couleur de cette masse, d'apparence bourbillonneuse, est jaune verdâtre. Elle est très adhérente aux parties voisines et suinte en petite abondance un liquide séreux.

À la périphérie, les téguments sont rouges, une zone inflammatoire circonscrit cette ulcération et forme un placard très adhérent aux parties sous-jacentes.

La peau présente à ce niveau un aspect chagriné (peau d'orange). Cette ulcération repose sur une tumeur qui occupe la partie supérieure et médiane du sein. Elle s'étend à trois travers de doigt au-dessus et à un

travers de doigt au-dessous du mamelon. Sa direction est oblique en bas et en dehors.

Son volume est celui d'une petite pomme, d'une mandarine.

Si l'on étudie ses connexions avec la glande, on voit qu'elle est très mobile sur le plan profond, surtout lorsque l'on fait contracter le grand pectoral. Elle est facile à circonscrire, et on peut rejoindre les doigts en arrière d'elle.

Sa consistance, régulière dans toutes ses parties, est assez ferme ; on constate cependant un léger degré de renitence. On ne perçoit de ramollissement ni de fluctuation en aucun point.

Les parties voisines sont parfaitement indemnes. Le reste de la glande est normal. De même l'autre sein est parfaitement intact.

Le mamelon, rouge et légèrement tuméfié, participe à l'inflammation de voisinage. On constate une rétraction très nette de ce mamelon. Il n'est pas invaginé, mais sa saillie est presque complètement effacée ; ce phénomène est surtout appréciable par comparaison avec le mamelon du côté sain.

Si l'on explore avec soin le creux de l'aisselle et la région sus-claviculaire, on n'y trouve aucune trace d'inflammation ni d'induration ganglionnaire. On ne perçoit également la présence d'aucun cordon lymphatique partant de la tumeur. Donc intégrité parfaite de tout l'appareil lymphatique.

A son entrée dans le service, la malade est soumise au traitement spécifique mixte. Dès le surlendemain, la tumeur a changé de caractères :

Elle est déjà moins volumineuse, et l'on a à la palpation la sensation d'un ramollissement très notable.

De jour en jour, ces phénomènes s'accroissent. La tumeur fond pour ainsi dire, pendant que l'ulcération s'élargit et que la substance gommeuse se liquéfie.

Le 31 décembre, la tumeur élimine son bourbillon : masse caséeuse, friable, jaune verdâtre, de la grosseur d'une petite noix. Cette perte de substance laisse derrière elle une excavation profonde d'environ 5 centim. Les parois en sont taillées à pic et présentent quelques anfractuosités. Le fond est jaune verdâtre, tomenteux, les bords sont nets et bien découpés.

A l'heure actuelle, la tumeur, complètement ramollie, a perdu les deux tiers de son volume ; l'excavation est comblée en partie et les bords de l'ulcère commencent leur travail de réparation.

Chose remarquable, et contrastant avec les faits cités dans les observations antérieures, l'intégrité ganglionnaire persiste même à cette période ulcécrative de la tumeur.

Cette malade est donc doublement intéressante tant par la marche générale de sa syphilis que par les particularités de cette dernière manifestation.

Cette syphilis, remarquable dès le début de son évolution par la gravité et la tenacité des accidents qui en faisaient d'emblée une syphilis maligne précoce, se distingue encore à cette période tardive, par la rareté des sièges qu'affectent ses lésions tertiaires.

Pour être moins rares que les gommes du vagin dont la malade a

fourni un exemple tout récemment, les gommès du sein n'en constituent pas moins une manifestation exceptionnelle de la syphilis. M. Claude dans son excellente thèse de 1886 n'a pu en relever que 23 cas authentiques.

Cette alternance d'une gomme du sein avec un autre accident de même nature est un de ses caractères propres signalé déjà dans nombre d'observations antérieures, et qui peut dans certains cas aider singulièrement au diagnostic.

Celui-ci, en raison des antécédents de la malade, ne pouvait laisser aucun doute, et d'ailleurs l'évolution rapide de la tumeur jointe à ses caractères objectifs aurait suffi à l'établir.

Il faut néanmoins noter dans cette observation quelques signes sur la valeur desquels l'opinion s'était égarée autrefois. Ce sont la rétraction du mamelon et l'aspect chagriné de la peau adhérente.

Depuis une dizaine d'années ces symptômes ne sont plus considérés comme étant la propriété exclusive des tumeurs malignes. M. Castex notamment, dans un article paru dans la *Revue de chirurgie* en 1888, a démontré que les tumeurs bénignes du sein en étaient souvent affectées, et d'ailleurs plusieurs observations de gomme du sein avérées en relatent la présence.

L'absence complète ici d'adénopathie axillaire eut été d'un véritable secours si, dans la période de crudité de la tumeur, il avait fallu la différencier d'une mamnite chronique circonscrite; affection dans laquelle l'adénopathie axillaire, avec des caractères spéciaux il est vrai, est un des premiers phénomènes en date.

M. BARTHÉLEMY. — J'ai observé deux cas de gommès syphilitiques du sein; c'était chez des hommes, et chez l'un d'eux, elles étaient symétriques. Chez la femme, par une singulière coïncidence, je n'ai observé que des gommès tuberculeuses; encore dernièrement chez une jeune fille de 16 ans, dont le père avait été syphilitique dix ans avant la naissance de cette jeune fille, sans hérédo-syphilis d'ailleurs.

Hydroa vésiculeux de Bazin avec prédominance des déterminations bucco-linguales.

Par M. DANLOS.

Malade de 25 ans ayant eu antérieurement plusieurs poussées analogues. L'éruption actuelle date d'une quinzaine de jours, elle est absolument classique par son aspect et ses localisations: anneaux érythémato-vésiculeux concentriques sur les faces palmaire et plantaire des pieds et des mains; placards érythémateux avec soulèvement bulleux aux coudes, aux genoux; aux régions sus-calcanéennes; bulles avec ou sans auréoles érythémateuses disséminées en

petit nombre sur les membres inférieurs. Face et conjonctive respectées. L'affection est surtout remarquable par l'intensité des lésions buccales.

La face interne des joues, la voûte palatine et les piliers sont le siège d'une stomatite intense caractérisée par de la rougeur, de la tuméfaction et des ulcérations d'aspect pseudo-membraneux ou couvertes d'épithélium en exfoliation. Le maximum des lésions se voit sur la langue qui est tuméfiée et porte sur les bords des crêtes pseudo-membraneuses par impressions des interstices dentaires. La face dorsale de l'organe est parsemée d'anneaux hydroïques comparables à ceux des mains. Avec cela légère salivation, douleur, déglutition difficile etc. Ces localisations buccales pourraient en imposer pour une stomatite d'une autre nature (mercurielle, ulcéro-membraneuse) et surtout pour la syphilis. Le diagnostic se fait avec une entière certitude et une grande facilité par le simple examen des lésions cutanées concomitantes.

Eruption pemphigoïde du cuir chevelu, alopecie consécutive.

Par MM. GAUCHER et BARBE.

Les dermatoses du cuir chevelu qui simulent la pelade dans une certaine mesure sont nombreuses et encore assez mal connues. Voici un fait de ce genre.

L..., âgée de 62 ans, couturière, sans antécédents morbides héréditaires bien nets, a présenté pendant toute sa vie des symptômes d'hystéria minor, des troubles dyspeptiques, une constipation opiniâtre et des névralgies faciales doubles très rebelles ; ces dernières ont peut-être un certain lien avec la maladie cutanée dont cette personne est atteinte aujourd'hui. Tous ces phénomènes morbides se sont aggravés à la suite de revers de fortune.

Mais ce n'est pas toute l'histoire pathologique de cette malade. Depuis douze ans, celle-ci était atteinte d'une carie des os de l'avant-bras droit, pour laquelle elle a été opérée il y a deux ans. C'est peu de temps après cette opération que la malade redoutait d'ailleurs beaucoup, qu'une éruption de bulles se serait manifestée sur différents points du corps, sur la région frontale, sur les parties du cuir chevelu correspondant à la région sus-frontale et au vertex, et même derrière les oreilles et sur la région ombilicale. Cette éruption était très prurigineuse. C'est sur le front et le cuir chevelu que les bulles étaient en plus grand nombre, les unes pleines d'un liquide jaune citrin, les autres remplies d'une sérosité purulente. Ces bulles ne tardèrent pas à se dessécher pour former des croûtes qui tombèrent au bout d'un mois, laissant sur le front des cicatrices, nullement saillantes, légèrement blanchâtres, irrégulièrement arrondies, visibles surtout quand on tend la peau du front pour en effacer les plis ; on voit alors que ces cicatrices occupent la région frontale sous la forme

d'une demie couronne. Sur le cuir chevelu les cheveux sont tombés peu à peu et ont formé une large plaque presque ovale dénudée de cheveux, située sur la ligne médiane, s'étendant d'avant en arrière de la région sus-frontale à la partie supérieure de la région occipitale et transversalement du milieu de la région pariétale d'un côté à la région correspondante de l'autre côté. Sur cette plaque dénudée il n'y a pas de cicatrices isolées bien visibles, mais un aspect cicatriciel du cuir chevelu, avec teinte érythémateuse et quelques télangiectasies disséminées; ça et là au milieu de la plaque existent encore quelques cheveux faiblement adhérents. On observe encore des traces de grattage dues aux démangeaisons assez vives que la malade ressent à ce niveau. A la périphérie de la plaque, les cheveux s'arrachent facilement et présentent au microscope des altérations assez analogues à celles de la pelade, c'est-à-dire l'atrophie de la substance médullaire.

La production de ces bulles sur le cuir chevelu s'est faite par poussées successives, de même que la chute des cheveux. Il y a trois mois, la malade s'est présentée à nous avec une excoriation cutanée de la grandeur d'une pièce de 50 centimes, située en un point de la plaque dénudée et recouverte d'une croûte sanguinolente, lésion qui paraissait avoir été consécutive à une bulle. En arrière de celle-ci existait une rougeur diffuse semée d'un certain nombre de pustulettes dans le pus desquelles M. Claude, l'interne distingué du Dr Gaucher, a trouvé du staphylocoque jaune. Pour nous, ces pustulettes avaient été le résultat d'inoculations secondaires et n'étaient qu'accessoires dans l'évolution de la maladie.

Enfin, il y a quelques jours, la malade a de nouveau présenté une bulle tout à fait caractéristique dont on peut voir les traces encore maintenant.

Signalons en terminant que la malade accuse des transpirations abondantes aux régions temporales et qu'elle présente une petite tache de xanthélasma à l'angle interne de l'œil gauche.

Comme traitement, nous n'avons pas osé, sur un cuir chevelu facilement irritable, appliquer de topique irritant; d'ailleurs l'alopécie nous paraît irrémédiable avec cet état cicatriciel du cuir chevelu. Nous nous sommes contenté de traiter l'état général.

En ce qui concerne la nature de cette singulière éruption, nous pensons qu'à cause des antécédents nerveux présentés par la malade, à cause de la symétrie des lésions, on doit ranger cette affection cutanée dans les trophonévroses peut-être d'origine hystérique.

**Sur un cas de tuberculose du poignet (d'origine professionnelle)
guérie par les injections de cantharidate de potasse.**

Par M. GASTON BRANTHOMME (de Noailles).

L..., de Hermes, 39 ans cordonnier, atteint de tuberculose cutanée, région supérieure de la main droite et inférieure du poignet, superficielle d'une pièce de 5 francs a déjà été soigné pour cette affection depuis

quatorze mois quand je le vois le 31 avril 1895. Je propose et j'exécute le raclage sous l'anesthésie ; mais celui-ci ayant été insuffisant sans doute, il y a récédive. J'ai alors recours à la méthode de Liebreicht, qui consiste à traiter les tuberculoses laryngées par le cantharidate de potasse.

Le 21 mai, les urines étaient indemnes d'albumine ; je commence des injections avec le liquide suivant :

Cantharidate de potasse.....	0,001
Chlorhydrate de cocaïne.....	0,10
Eau distillée.....	10

Et j'en fait huit jusqu'au 4 juin (un centimètre cube chacune). Une seule ensuite le 12 juin, de 2 c.c.

Les piqûres sont assez douloureuses, supportables néanmoins ; une d'elles s'est abcédée.

Les deux premières ont été suivies d'une élévation de température de 39°,3 et de 39° ; il y avait une réaction locale qui s'est manifestée par une exsudation assez forte. Elle ne s'est plus reproduite à la troisième injection, alors qu'au contraire, très rapidement, la cicatrisation se prononçait. Elle était définitive le 16 juin. Une erreur de dosage aussitôt reconnue nous a fait une fois pratiquer une injection d'un milligramme au lieu de un dixième de milligramme. Nous n'avons constaté qu'une T. de 39° et une diurèse de 3 litres dans les heures qui ont suivi. Il est vrai que nous avions mis, en nous apercevant de cette erreur, le malade au régime du lait absolu pendant trois jours.

A aucun moment les urines examinées minutieusement n'ont décelé la présence d'albumine. Actuellement la cicatrice est parfaite et le patient, qui a repris son ancien métier dès le 20 juin, jouit d'une excellente santé. Un nouvel examen n'a permis de trouver aucune trace d'albumine dans l'urine.

Deux cas de sarcome primitif de la peau.

Par MM. E. LEGRAIN et J. DU BOURQUET.

Les deux cas dont nous présentons les observations et les photographies se rapportent à des indigènes kabyles, chez lesquels le sarcome cutané se rencontre avec une assez grande fréquence.

Obs. I. — *Sarcome de la paupière inférieure.*

Kabyle d'environ 35 ans, sans antécédents particulièrement intéressants, n'accuse que des impaludismes. Pas trace de syphilis. Le 1^{er} septembre 1892, il se présente à l'un de nous, porteur d'une tumeur de la paupière inférieure droite, du volume d'une grosse noix. Cette tumeur aurait débuté sur la peau, vers le milieu de la paupière, à quelques millimètres des cils, par un petit bouton qui ne tarda pas à augmenter de volume et en deux mois arriva à la grosseur d'une noix. Au moment où nous voyons le malade, la tumeur est ulcérée, saignante. Elle recouvre complètement la

paupière inférieure droite, et une partie de la paupière supérieure; cette dernière est saine, ainsi que l'œil. Pas de ganglions appréciables.

Ablation de la tumeur au bistouri. Pansement à plat, sans autoplastie.

Le 4 décembre, le malade se présente de nouveau à nous avec une récurrence : la nouvelle tumeur a le volume d'une orange, à contours mamelonnés, saignante, de couleur rosée. La tumeur est nettement pédiculée et implantée sur toute la surface externe de la paupière inférieure, l'œil est sain; mais la paupière supérieure présente sur toute sa surface cutanée une ulcération grisâtre n'ayant pas de caractères spécifiques, et due probablement au contact des détritres de la périphérie de la tumeur ulcérée. État général assez satisfaisant.

Ablation au bistouri et au thermocautère. Perte de sang très considérable.

Examen histologique. — Sarcome à petites cellules rondes, très vasculaire.

Le malade a été perdu de vue.

Obs. III. — *Sarcome de la peau de la région interne du pied droit.*

Kabyle, 40 ans, sans antécédents personnels autres que des atteintes de paludisme; porteur d'une tumeur du volume d'une orange au bord interne de la région métatarso-phalangienne. Cette tumeur, largement implantée, est ulcérée sur une surface grande comme une pièce de cinq francs, et la partie ulcérée est recouverte de détritres grisâtres; elle saigne facilement, sa consistance est plutôt molle. Début : deux mois. Le diagnostic de sarcome à petites cellules rondes est porté après excision d'un fragment. État général satisfaisant. Ganglions inguinaux pris.

Le malade, refusant l'amputation, se résout seulement à se laisser pratiquer une opération palliative : la tumeur est excisée en partie au bistouri, en partie au thermocautère. Pendant l'opération, nous pouvons nous rendre compte que la tumeur n'intéresse que la peau et le tissu cellulaire. Les parties sous-jacentes sont saines.

Pansement antiseptique. Le malade est perdu de vue.

Ces deux observations nous ont paru intéressantes à rapporter, à cause de la rapidité de l'évolution des tumeurs.

Vaste sarcome de la peau du creux poplité, développé sur une ancienne cicatrice de brûlure.

Par MM. E. LEGRAIN et G. PERRUSSET.

OBSERVATION. — Le 15 août 1895 se présente à nous un Kabyle d'environ 35 ans, porteur d'un vaste néoplasme ulcéré occupant tout le creux poplité gauche et s'étendant en haut et en arrière jusqu'à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur de la cuisse; en bas, jusqu'à la portion tendineuse des jumeaux; à la partie interne, jusqu'au bord interne de la rotule, et à la partie externe, jusqu'au bord externe du vaste externe.

Rien de particulier dans les antécédents héréditaires. Dans les antécédents personnels, on ne trouve pas de syphilis, mais seulement quelques atteintes de paludisme.

Étant très jeune, le malade fut brûlé par un liquide bouillant au niveau du tiers inférieur de la cuisse et de la partie interne du creux poplité. Il existe, en effet, une cicatrice appréciable au niveau de la peau restée saine à la partie inféro-interne de la cuisse. En outre, cette brûlure, soignée par un empirique arabe, avait laissé une cicatrice vicieuse qui, maintenant la jambe en flexion sur la cuisse, déterminait une impotence fonctionnelle notable du membre.

Vers la fin de 1894, survint au bord interne du creux poplité un petit bouton qui s'ulcéra à la suite de grattages. L'ulcération augmenta peu à peu et arriva au traitement indiqué au début et représenté par la photographie jointe à cette communication.

Au moment où nous voyons le malade, l'ulcération est recouverte d'un détritit grisâtre néomembraneux qui répand une odeur de gangrène, rendant absolument intolérable toute cohabitation de ses semblables avec le malade abandonné dans un gourbi sans aucun soin. L'état général est mauvais.

Il est amené à l'hôpital civil de Bougie après avoir fait deux journées de route, dont une journée à mulet.

Après des lavages répétés au sublimé, on voit que toute la partie centrale présente une surface ulcérée, rosée, saignant par places. Toute la partie périphérique est, au contraire, formée de mamelons assez volumineux et irréguliers dont la peau est violacée et tendue.

Pas de ganglions appréciables dans l'aîne.

Amputation de la cuisse au tiers moyen, le 8 septembre 1895. Réunion par première intention.

Le malade sort le 15 octobre, présentant un état général excellent.

A l'heure actuelle, il n'y a pas de récidence.

Diagnostic histologique : sarcome globo-cellulaire à grosses cellules.

Note sur un cas de lupus érythémateux (érythème centrifuge symétrique) traité par des injections de sérum d'agneau.

Par M. E. LEGRAIN.

La publication récente de quelques observations de lupus guéris par des inoculations de toxines ou l'ingestion de corps thyroïde, m'engage à donner l'observation suivante qui date du mois de mai 1895.

OBSERVATION. — Femme de 32 ans, n'ayant aucun antécédent digne d'être noté; une sœur plus jeune a présenté de la pleurésie sèche et est sujette à de petites hémoptysies. Depuis deux ans, la malade présente un érythème symétrique localisé aux pommettes, à la face dorsale du nez et à la partie médiane du front. Les taches des joues sont circulaires et ont une dimension un peu supérieure à celle d'une pièce de cinq francs; à leur

bord interne, ces taches se réunissent à celle qui occupe le dos du nez, sur une longueur d'environ 3 centim. La tache du front est médiane, de forme ovale; son grand axe est horizontal et mesure environ 5 centim.

Ces taches très légèrement surélevées, au moins à leur périphérie, sont rouges, ne disparaissent pas complètement sous la pression du doigt, sont peu sensibles et présentent quelques télangiectasies. La partie centrale de ces taches est plus pâle que la partie périphérique. La rougeur augmente toujours pendant les périodes menstruelles.

Le diagnostic s'imposait. Il s'agissait d'un lupus érythémateux et plus particulièrement de la variété *érythème centrifuge symétrique*.

Pendant plus d'un an, tous les topiques employés en pareil cas furent appliqués sans succès. L'iodure de potassium fut, à plusieurs reprises, administré. Des scarifications faites selon la méthode classique semblèrent amener une très légère amélioration; mais cette amélioration fut passagère.

Expérimentant depuis quelque temps les injections de sérum normal dans divers cas de dermatoses rebelles, deux mois après cessation de tout traitement, je fis à cinq jours d'intervalle deux injections de 10 centim. cubes de sérum d'agneau.

Trois jours après la première injection, les taches pâlirent, et dix jours après la deuxième elles disparurent sans laisser de trace.

Cet érythème, qui depuis deux ans n'avait jamais eu de tendance à rétrocéder, disparut ainsi et la guérison s'est maintenue depuis le mois de juin jusqu'à ce jour.

Si cette variété de lupus érythémateux n'est, comme il est probable, qu'une sorte d'érythème toxique dû aux poisons élaborés par le bacille de Koch silencieux dans un endroit quelconque de l'organisme, et non pas une véritable lésion tuberculeuse locale, l'action antitoxique du sérum normal expliquerait jusqu'à un certain point la rapide disparition de cet érythème qui n'avait cédé à aucun des nombreux traitements essayés antérieurement.

Élections.

Au cours de cette séance, ont été élus membres de la Société :
MM. EUDLITZ, PRIEUR, REY, DE LAVARENNE.

La séance est levée.

Le secrétaire,
L. JACQUET.

SÉANCE SUPPLÉMENTAIRE DU 30 JANVIER 1896

Présidence de M. Ernest Besnier



SOMMAIRE. — Des injections intra-musculaires d'huile grise, par M. LE PILEUR. (Discussion : MM. FOURNIER, EUDLITZ, BARTHÉLEMY, BAUDOUIN, HALLOPEAU, FEULARD, VERCHÈRE, ABADIE, DE BEURMANN, A. RENAULT, GASTOU, JACQUET.) — Notes sur les injections de préparations mercurielles insolubles dans le traitement de la syphilis ; des indications comparées des injections de calomel et des injections d'huile grise ; et des indications générales de la méthode des préparations insolubles, par M. THIBIERGE. (Discussion : MM. VERCHÈRE, GASTOU, LE PILEUR, FOURNIER, MAURIAU, EUDLITZ, GALEZOWSKI, DU CASTEL.) — Les injections de calomel dans le traitement de la syphilis, par M. JULLIEN. (Discussion : MM. A. RENAULT, FEULARD, GASTOU, ABADIE, THIBIERGE, MAURIAU, BARTHÉLEMY, FOURNIER). — Présentation d'ampoules de verre contenant le liquide à injecter, par M. WICKHAM.

Ouvrages présentés.

G. NICOLICH. — *La cura della sifilide col metodo del prof. A. Scarenzio*, broch. in-8°, Trieste, 1895.

SOFFIANTI. — *Le iniezioni intramuscolari di calomelano in oto-rino-laringologia. Ex. : Boll. delle mal. dell' Orecchio, della gola e del naso*. Florence, 1895.

SOFFIANTINI. — *Indice bibliografico sulla cura della sifilide secondo il metodo del prof. Scarenzio, de 1864 à 1896*, broch. in-8°, Milan, 1896.

JULLIEN. — *Intorno alle iniezioni mercuriali*.

Traduction du mémoire présenté au Congrès de Lyon, 1894. Ext. *Gazzetta medica lombarda*, 1895.

Des injections intra-musculaires d'huile grise.

Par M. L. LE PILEUR.

C'est en 1891 que, sur le conseil de mon ami Balzer, je me décidai, après beaucoup d'hésitations, à employer les préparations insolubles de mercure en injections intra-musculaires.

Après les avoir vu pratiquer à Lourcine, je repoussai systématiquement l'oxyde jaune et le calomel comme trop douloureux, comme nécessitant une dose d'excipient trop considérable, et je m'arrêtai à l'huile grise qui n'avait pas les mêmes inconvénients, du moins qui ne les avait pas poussés au même degré.

C'est dans ma clientèle, chez moi, que, entraîné pour ainsi dire par les circonstances, je proposai et pratiquai séance tenante ma première piqûre. Il s'agissait d'une dame qui avait de bonnes raisons pour dissimuler tout traitement. Le résultat fut merveilleux, pas de douleur et amélioration rapide. Encouragé par ce succès, je continuai dans ma clientèle et j'instituai ce mode de traitement dans mon service de Saint-Lazare.

Toutefois, à la suite de deux accidents, une stomatite assez violente et un abcès, tous les deux à Saint-Lazare, je me demandai si la série blanche n'était pas épuisée et si je n'allais pas avoir des déceptions; aussi je résolus de continuer à recueillir des faits et de ne rien publier, tant que je n'aurais pas un chiffre respectable d'observations.

Cependant en 1893 j'encourageai mon interne M. Thérault à prendre ce sujet de thèse; il l'a fort bien traité et, en plus d'un historique très complet, on y trouve la description minutieuse de la technique et le résultat de dix-huit mois d'observations prises dans mon service.

Aujourd'hui ce n'est plus une centaine, c'est six cents observations qui vont servir de base à cette communication, car j'ai eu à traiter 563 femmes syphilitiques à l'hôpital et une quarantaine des deux sexes à la ville. Sans doute, toutes ces observations n'ont pas la même portée, un grand nombre de malades de l'hôpital n'ont pu être suivies après le premier traitement, mais je n'en ai pas moins fait en quatre ans et demi près de 3,500 injections et ce chiffre est suffisant, je pense, pour me permettre de donner un avis motivé sur les inconvénients et les avantages en quelque sorte chiffrés de cette méthode.

Les injections de préparations insolubles ont pris, depuis deux ans surtout, une telle extension qu'il n'est plus guère besoin de les recommander; mais, justement, au moment où elles vont, sans aucun doute, se généraliser de plus en plus, je crois qu'il est bon de donner les détails les plus minutieux sur leurs inconvénients, de façon, tout en rendant pleine justice à ce moyen que pour ma part je trouve excellent, à mettre en garde les néophytes contre un enthousiasme dénué de critique.

INCONVÉNIENTS DE LA MÉTHODE ET ACCIDENTS QU'ELLE PEUT DÉVELOPPER. — I. — *Douleur*. — Il serait inutile de le nier, elle existe presque toujours, mais à des degrés très variables. L'absence totale de douleur ne se rencontre pas très communément, mais bien plus souvent cependant que l'excès opposé, c'est-à-dire une douleur assez vive pour arrêter et même aliter le patient.

A l'hôpital les renseignements que j'ai obtenus ont toujours été très vagues. Si on interroge les malades sur ce point, elles répondent presque invariablement par l'affirmative; si on ne les interroge pas, elles ne se plaignent pas. Mais ceci serait déjà une preuve que la douleur n'est pas habituellement bien vive, car ces malades peu intelligentes, contraintes de se soigner, et ne saisissant que très imparfaitement la nécessité du traitement qu'on leur impose, seraient, plus que les malades de la ville, susceptibles de se plaindre et de récriminer. C'est le contraire qui s'est passé chez moi. Au début, il s'est manifesté quelques oppositions; mais quand elles ont vu leurs compagnes sortir beaucoup plus vite de l'infirmerie, elles se sont sans grande difficulté rendues à l'évidence et ne redoutent plus qu'une chose maintenant, c'est une interruption dans leur traitement. Je fais les injections à l'hôpital tous les mardis. Quand elle se produit, c'est quarante-huit heures après la piqûre que la douleur commence et elle est à son apogée le troisième jour. Or, le vendredi, qui est précisément jour de visite générale, je saisis bien de temps à autre quelques signes de douleur chez les malades au moment où elles s'étendent sur le lit, mais comme je sais par l'infirmière que cela ne les empêche que bien rarement de courir, je suis en droit de penser que cet inconvenient n'occupe chez les syphilitiques de mon service qu'une place très secondaire.

A la ville, où j'ai pu suivre le malade de plus près, j'ai observé des cas tellement disparates que j'ai été bien longtemps avant de me faire une opinion sur les causes de cette douleur, encore n'est-elle pas aussi ferme que je le voudrais. Tandis qu'une dame du meilleur monde me déclarait que cela ne lui faisait pas manquer une valse, qu'elle s'était fait dix fois plus mal en se cognant contre un meuble, qu'un monsieur s'occupant d'agriculture et qui venait à Paris exprès, retournait et vaquait à ses affaires dans l'intervalle de deux piqûres, un homme encore jeune, il est vrai que c'était un médecin, accusait une douleur tellement violente qu'il était obligé de garder la chambre après la première et unique piqûre qu'il ait voulu recevoir. Bref, sur trois cents injections réparties dans ma clientèle à quarante malades, trois fois seulement j'ai dû m'arrêter à la première piqûre et en rester là pour cause de douleur, ce qui ferait sur quarante malades une moyenne d'environ 7 p. 100. Mais ceci est certainement exagéré et pour deux de ces trois malades, deux dames, je n'hésite pas à dire que la pusillanimité a eu la plus grande part à leur détermination; je n'en veux pour preuve que le fait suivant : Dernièrement un syphilitique m'est adressé pour que je lui fasse des injections intra-musculaires. La première piqûre est tellement douloureuse (au bout de quarante-huit heures) que lui, homme actif et énergique, resta couché trois jours. Il vient me retrouver au bout de la huitaine, et, pour des raisons

dont je parlerai plus loin, je remets à une autre huitaine la deuxième piqûre. Celle-ci est presque aussi douloureuse que la première, mais la troisième l'est infiniment moins. Si ce client avait ressemblé aux trois autres, nul doute qu'il n'eût grossi leur groupe d'une unité et peut-être avec plus de raison. Ceci m'amène à une observation assez curieuse. Je viens de dire que la troisième piqûre faite à ce malade tout en ayant été douloureuse, l'avait été moins que les deux premières. J'ai constaté ce fait plusieurs fois, mais l'inverse se rencontre aussi, et j'ai vu des sujets ayant supporté presque sans y penser deux ou trois reprises de quatre à cinq injections chacune, se plaindre tout à coup de piqûres faites plusieurs mois après les premières.

J'ai bien cherché quelle pouvait être la cause de ces différences sur le même individu, car ma technique était toujours la même, et voici à quoi je me suis arrêté :

On ne pouvait accuser la pénétration profonde de l'aiguille puisque j'ai souvent heurté l'os sans déterminer de douleurs ni d'accident. Cependant dans certains cas de varices profondes, par exemple, je conseillerai de moins enfoncer l'aiguille. — La lésion d'un filet nerveux, accident impossible à éviter et qui doit se rencontrer souvent, peut et doit être une cause fréquente de la douleur. — L'hyperesthésie qu'on rencontre chez l'homme comme chez la femme est un coefficient qu'il ne faut pas négliger. — La pénétration dans un ancien foyer peut encore être une cause de douleur. — Enfin, depuis deux ans, dans le but d'obtenir une résorption plus rapide, j'ai prié M. Vigier de modifier pour moi sa formule et d'y remplacer l'huile de vaseline par de l'huile d'olive stérilisée. Or je pensais que la modification avait été faite une fois pour toutes, c'est-à-dire aussi bien pour l'hôpital que pour ma clientèle. Il n'en était rien, et tandis que l'huile grise était fournie à Saint-Lazare suivant la formule Vigier, mes clients seuls la recevaient modifiée à l'huile d'olive et c'est précisément à la ville et dans ces derniers temps que j'ai observé le plus de douleur. Je n'ai pas eu le temps de faire une contre-épreuve, mais dès qu'elle sera faite, j'entreprendrai la Société du résultat qu'elle m'aura donné.

N'ayant jamais employé que l'huile grise, je n'ai pas d'expérience tirée de mes observations sur l'acuité comparative de la douleur causée, par ce médicament ou par l'injection de calomel, mais j'ai eu maintes fois l'occasion de traiter, à Saint-Lazare, des femmes qui avaient subi dans d'autres hôpitaux des injections de calomel et toutes sans hésitation m'ont répondu qu'elles préféraient de beaucoup l'huile grise. Il est donc certain qu'il y a pour le premier de ces médicaments une réelle supériorité au point de vue douleur.

II. — *Alcès*. — Je n'en ai jamais eu qu'un seul et il s'est produit

à Saint-Lazare. Sa durée fut courte et n'interrompit pas le traitement. J'ai eu également une eschare à la suite d'une piqûre mal faite, c'est-à-dire superficielle. Une autre fois et toujours à Saint-Lazare, j'ai eu une ecchymose considérable. Ce que j'ai observé plus fréquemment, c'est-à-dire cinq fois, trois à Saint-Lazare et deux à la ville sur le même sujet, c'est un empatement, une induration considérable avec rougeur des téguments, à tel point qu'on pouvait croire au début d'un vaste phlegmon. Il n'en était heureusement rien et en quinze jours au plus tout rentrait dans l'ordre. Deux fois cet accident s'est produit, comme je viens de le dire, chez un de mes clients, celui dont j'ai parlé plus haut et chez lequel la douleur avait été presque intolérable. La fesse était le siège, sur une étendue égale à celle de la main, d'une inflammation violente avec gonflement considérable, partant de la piqûre et s'étendant jusqu'à la dépression trochantérienne. La peau était rouge, violacée et la sensibilité rendait la station assise impossible sur cette fesse. Très inquiet de cet accident que je combattis par les moyens appropriés, je remis à huitaine la seconde injection. Lorsque je revis le malade à cette date, tout avait disparu et il fallait avoir vu pour croire à ce qui s'était passé. Je fis alors la seconde injection sur l'autre fesse et le même accident se reproduisit. J'attendis encore quinze jours pour faire la troisième piqûre que je fis dans la fesse gauche à côté de la première; seulement, cette fois, au lieu d'enfoncer l'aiguille jusqu'au bout, ce que je fais habituellement, je ne l'enfonçai que jusqu'au point où je crus avoir traversé l'aponévrose. Non seulement il ne se produisit pas d'accident, mais la douleur fut très minime. Il est probable que ce sujet bien musclé avait des varices profondes quoique n'en ayant pas de superficielles, et que l'injection ayant atteint ce lacis variqueux avait déterminé tous ces troubles. La troisième injection, ayant pénétré moins profondément, demeura inoffensive.

III. — *Embolies*. — Je n'ai jamais eu l'occasion d'en observer. Cependant chez une femme de Saint-Lazare et chez un client de la ville, il s'est produit à plusieurs reprises, presque immédiatement après les injections, des accès de dyspnée assez inquiétants. La femme était une hystérique chez laquelle on observait le même phénomène quand la douche frappait par hasard en jet la colonne vertébrale; aussi je pense que c'est à un phénomène nerveux qu'on a eu affaire. Chez l'homme également très nerveux et perdant connaissance à la vue d'un davier, je pense également que le nervosisme seul doit être incriminé, car une injection d'éther remettait tout en ordre; mais j'ai noté ces faits à cause de leur bizarrerie et de la surprise désagréable qu'ils peuvent causer.

IV. — *Stomatite*. — 21 fois sur 600 malades, autrement dit 3,5 p. 100, j'ai observé 19 fois à Saint-Lazare et 2 fois à la ville, de la stomatite;

depuis la simple gengivite guérie en moins de huit jours (13 fois) jusqu'à la stomatite plus ou moins violente d'une durée de 15 jours à 6 semaines (8 fois). J'avoue que ce résultat a dépassé mes espérances.

Avec le traitement par les pilules, j'avais non pas 60 p. 100 comme me le fait dire une faute d'impression dans le livre de M. Mauriac, mais 6 p. 100 de stomatites vraies. Or les dents des prostituées, surtout des insoumises et des filles de bas étage, sont souvent, je n'ai pas besoin de le dire, dans un état déplorable, et la gingivite chronique que présentent nombre d'entre elles, n'a besoin que de la cause la plus minime pour se modifier désavantageusement.

Nous avons maintenant à Saint-Lazare un dentiste bénévole qui veut bien une fois par semaine débarrasser de leurs racines et nettoyer ces bouches incorrectes, mais, néanmoins, je ne m'attendais pas, je l'avoue, à un aussi beau résultat; d'autant plus qu'en ne prenant que mes observations de clientèle, 2 cas sur 40 sujets, j'aurais été en droit de m'attendre à un bien plus mauvais pourcentage à l'hôpital. Il y a à cela une cause dont j'ai déjà fait ressortir l'importance au congrès de 1889. Les gens du monde ont généralement les dents bien tenues, mais comme ils évitent autant que possible de s'en faire enlever, ils ont, surtout après trente ans, les dents extrêmement serrées. J'insiste encore une fois sur ce point que je considère comme un facteur important dans la stomatite. Les deux cas, un homme et une femme, observés dans ma clientèle en sont une preuve. Leurs dents étaient en avant belles mais serrées, sur les côtés il existait soit des racines, soit des molaires en mauvais état. L'un avait quarante ans au moins, l'autre trente-six ans. A ces âges je n'espérais pas donner de la place par l'extraction des racines que la pusillanimité seule des sujets les empêchait de faire enlever; cependant quand chez chacun d'eux la stomatite débuta, je les déterminai à suivre enfin mon conseil et le peu de place que donna l'avulsion des mauvaises dents suffit à modifier presque immédiatement les accidents les plus importants, gonflement et sensibilité extrême des gencives. La stomatite dura encore un peu mais à un degré très supportable.

Pendant que je soumettais presque tous mes malades aux injections, une dame, infectée par son mari, vint me trouver et refusa ce mode de traitement. Je prescrivis une pilule de proto-iodure par jour, et après une semaine deux pilules. Le cinquième jour après cette modification dans le traitement, survint une stomatite très violente qui dura trois semaines. Dix-huit pilules de proto-iodure avaient suffi pour produire ce résultat.

Une femme entra à Saint-Lazare avec une syphilis au début, et une stomatite très accentuée. Elle était soignée par un pharmacien qui lui faisait prendre des pilules depuis un mois; je n'ai pu savoir quelles

étaient ces pilules. Quand la stomatite fut guérie je commençai les injections. J'en fis sept en deux reprises sans que la stomatite reparût.

V. — *Hautes doses.* — Quant aux accidents qui peuvent être déterminés par de fortes doses, j'ai toujours tout fait pour les éviter en n'injectant jamais plus de 3 gouttes et demie, soit 7 centigrammes de mercure métallique. Mais, une fois, j'oubliai de mettre le curseur au point voulu et, quand je m'en aperçus, j'avais injecté plus que la dose habituelle. En retirant la seringue et défalcant ce qui restait, j'estimai que j'avais injecté 10 gouttes, soit 20 centigrammes environ de mercure. C'était la quatrième injection que subissait cette fille. Quand je revins de vacances un mois après, il ne s'était produit aucun accident ni local, ni général. Je n'engage pourtant personne à renouveler l'expérience.

AVANTAGES DE LA MÉTHODE. — Ils sont tels et ont tant de fois été énoncés, qu'on ne peut que s'exposer à des redites en les énumérant. 1° Sûreté absolue du traitement, laquelle n'existe pas avec les pilules, car les malades les plus sérieux, les plus disposés à se soigner, avouent toujours quelques irrégularités. C'est un dîner en ville, c'est une partie de campagne ou de chasse qui, de temps à autre, font oublier le remède. 2° Le secret, avantage qui a bien son importance pour beaucoup de malades et qui est complet ici puisque tout peut se passer uniquement dans le cabinet du médecin. Le malade en effet a toujours quarante-huit heures devant lui avant de s'apercevoir de sa piqûre, si tant est qu'il vienne à en souffrir, et comme cette douleur, sauf exception très rare, ne dure pas plus de deux jours, il est toujours en état de revenir à sa huitaine. 3° Intégrité absolue du tube digestif. 4° Enfin, action infiniment plus vive, et cela uniquement parce que les doses tolérées au moyen des injections intra-musculaires correspondent à des doses rarement employées par la méthode des pilules. En recherchant dans mes observations antérieures, j'ai trouvé un cas de syphilides tuberculeuses pour lequel j'avais dû prescrire trois pilules de sublimé par jour pendant un mois, succédant à quinze jours de traitement à deux pilules; un autre semblable, devant lequel avait échoué le proto-iodure poussé à quatre pilules pendant trois semaines; le traitement avait été interrompu par de la diarrhée et de la salivation et la lésion avait enfin cédé aux frictions mercurielles. Or un cas identique s'étant présenté à moi il y a deux ans, je fis quatre injections et, au moment de faire la quatrième, les syphilides qui recouvraient tout le scapulum s'étaient affaissées et ne laissaient plus que des macules. Ainsi, en trois semaines et avec 20 centigrammes de mercure métallique, j'avais obtenu le même résultat qu'en six semaines avec 1 gr. 20 de sublimé.

Je crois donc être au-dessous de la vérité en disant : que les injections d'huile grise équivalent à une dose de préparations hydrar-

gyriques en pilules double des doses qu'on emploie communément, et cela en moitié moins de temps. Je ne prétends pas dire cependant que ce mode de traitement supprime la vérole, la volatilise, certes non et je demeure de plus en plus convaincu que les chancres traités même par les injections et qui ne sont jamais suivis d'accidents secondaires, ne sont pas des chancres; mais, à côté de cas plus ou moins rebelles, comme il y en aura toujours et à tous les traitements, on peut dire que les injections d'huile grise rencontrent infiniment moins de résistance que les anciennes méthodes, qu'elles laissent indemne le tube digestif et donnent, dans nombre de cas, des résultats vraiment merveilleux. C'est ainsi que j'ai vu se cicatriser en quinze jours un chancre de la lèvre inférieure, et on sait combien dure en général l'accident primitif situé en cet endroit : c'est ainsi que j'ai vu disparaître cette pigmentation du cou si rebelle à tout traitement ; c'est ainsi qu'une glossite avec ulcération profonde ayant résisté au thermo-cautère et reparaissant dès que l'usage des pilules était suspendu, a cédé à une seule piqûre. Deux autres ont été faites ensuite par précaution et je pense que le malade est en bon état, car je ne l'ai pas revu depuis deux mois; or cet accident durait depuis trois ans.

DIRECTION DU TRAITEMENT. DOSES. — J'emploie les injections d'huile grise suivant les règles que mon maître M. le professeur Fournier nous a enseignées pour donner le mercure, c'est-à-dire dès le début de la vérole, avec suspensions et reprises quoi qu'il arrive. A la ville, je fais en général trois à quatre reprises la première année, de quatre à cinq injections chacune suivant l'intensité des accidents. A Saint-Lazare, quand une ancienne syphilitique revient dans mon service pour une cause différente de la syphilis, je lui refais deux ou trois injections de précaution s'il y a plus de deux mois qu'elle en a reçues. Sur deux observations de clientèle que je peux considérer comme complètes ou à peu près, puisqu'elles datent de quatre ans et que les sujets que je vois de temps à autre se portent bien, je relève 35 injections en 11 reprises pour l'une et 31 injections en 9 reprises pour l'autre. Dose absorbée, 5 gr. 80 et 5 gr. 40 d'huile grise donnant en réalité 2 gr. 45 et 2 gr. 20 de mercure métallique. Il serait impossible de se douter que les fesses de ces deux sujets aient subi tant d'atteintes.

Pendant près de deux ans je faisais les injections toujours à la même dose, mais tous les dix jours seulement. Pour la commodité du service et des rendez-vous, je me suis mis à les faire hebdomadairement à l'hôpital et à la ville, mais dans la clientèle je reviens maintenant à la première méthode qui, somme toute, donne les mêmes résultats avec peut-être plus d'innocuité, et en tout cas permet de s'arrêter plus tôt s'il survient une stomatite.

Quant à la technique, je n'en parlerai pas, elle est sensiblement la même que celle de tous ceux qui emploient les injections intramusculaires, et je renvoie pour les détails à la thèse de Thérault, qui l'a minutieusement décrite.

CONCLUSION. — D'après ce qui précède, je crois pouvoir conclure que les injections intra-musculaires d'huile grise constituent une méthode de choix pour le traitement des prostituées syphilitiques, et que vu la facilité, je dirai même l'empressement avec lesquels les malades de la ville acceptent de s'y soumettre, cette méthode deviendra dans un temps peu éloigné, quand on se sera familiarisé davantage avec elle, la méthode de choix pour la majorité des cas de syphilis où l'emploi du mercure sera indiqué.

M. FOURNIER. — Dans la communication qu'il vient de nous faire, M. Le Pileur rapporte qu'il a constaté la disparition de la syphilide pigmentaire du cou à la suite des injections d'huile grise. Quant à moi, je considère cette pigmentation comme indélébile, comme invincible. Je n'ai jamais obtenu ce résultat même après l'usage prolongé de doses massives de mercure.

M. LE PILEUR. — Je ne possède qu'une seule observation, mais elle est absolument probante. Dans ce cas, après huit mois de traitement et trois séries de piqûres, la syphilide pigmentaire était complètement effacée.

M. FOURNIER. — Ne s'agissait-il pas chez cette malade de macules pigmentaires, vestiges d'une éruption syphilitique ?

M. LE PILEUR. — En aucune façon, c'était une syphilide pigmentaire au sens propre du mot.

M. EUDLITZ. — Les injections de sozoiodolate de mercure sont très douloureuses. Or, un étudiant en médecine syphilitique et sujet à des attaques épileptiformes, que j'ai traité par ce médicament, ne ressentit jamais aucune douleur. La réaction individuelle est donc très variable suivant les sujets.

M. BARTHÉLEMY. — Je suis partisan du traitement par l'huile grise. Les douleurs qui l'accompagnent sont peu intenses. Le principal inconvénient qu'il présente, c'est que les erreurs de dose sont possibles, ce qui n'arrive pas quand on emploie les injections de calomel. En ce qui concerne la douleur pour ces dernières, il y a des particularités singulières : elle ne se montre parfois qu'à la troisième ou quatrième piqûre.

M. LE PILEUR. — M. Barthélemy a raison. Il est difficile d'injecter exactement les trois gouttes et demie d'huile grise qui sont la dose usuelle. Mais je viens de faire construire une seringue en celluloïde qui permet un dosage rigoureux. La cause réelle des douleurs qui suivent les injections d'huile grise c'est, selon moi, l'emploi de l'huile d'olive comme excipient. Avec l'huile de vaseline, les douleurs sont très atténuées. Je m'explique ainsi comment mes malades de la ville ont beaucoup plus souffert que ceux de l'hôpital.

M. BAUDOUIN. — Il faut faire intervenir ici la susceptibilité nerveuse personnelle du malade. Chez certains sujets la plus petite érosion est des plus douloureuses, comme c'est le cas par exemple pour la fissure anale,

tandis que chez d'autres elle passe presque inaperçue ; d'autres sont peu sensibles.

M. HALLOPEAU. — Les erreurs de posologie sont fréquentes en ce qui concerne l'huile grise et peuvent entraîner les conséquences les plus graves. Je rappellerai que j'ai publié en 1888, l'histoire d'un malade à qui l'on avait pratiqué, dans une clinique ophtalmologique, cinq injections d'huile grise, les trois premières d'un centimètre cube, les deux dernières d'un demi-centimètre cube, et qui succomba au bout de quelques mois aux accidents d'hydrargyrisme. Les premières doses bien que les plus élevées, avaient été bien tolérées : sans doute le mercure s'était d'abord emmagasiné dans les tissus pour se résorber en masse ultérieurement.

M. FEULARD. — En ce qui concerne l'huile grise, je cherche avec M. Vigier une nouvelle formule. Si notre tentative réussit, on pourrait injecter sans inconvénient une demi-seringue ou même une seringue de ce nouveau mélange.

M. EUDLITZ. — Dans tous les cas mortels qui ont été publiés, il y a toujours eu erreur ou ignorance de la part du médecin. Ainsi, pour ne citer qu'un exemple, Smirnoff, à Helsingfors, eut à l'hôpital une série d'accidents, tandis qu'il n'observait rien de semblable en ville. La cause de ces mécomptes, en apparence inexplicables, tenait à ce que, le système métrique ayant été substitué récemment au système des poids et mesures usité jusqu'alors, le pharmacien de l'hôpital, encore peu familiarisé avec le nouveau mode d'évaluation, fournissait une huile grise contenant environ dix fois plus de mercure qu'elle n'aurait dû en contenir.

M. VERCHÈRE. — Tous les accidents qui ont été énumérés par M. Le Pileur sont assez graves. On peut en conclure que l'huile grise est passible de toutes les objections qui ont été adressées aux injections de calomel.

M. LE PILEUR. — Dans ma communication, j'ai surtout insisté sur les cas défavorables. J'ai donc poussé le tableau le plus possible au noir. Pourtant je n'ai observé la stomatite que dans 3 p. 100 des cas et cela sur un total de 600 cas environ. Chez une femme qui refusait le traitement par l'huile grise, je prescrivis des pilules mercurielles suivant la formule habituelle. Après la cinquième, la malade eut une stomatite intense. Pareil accident n'est pas rare non plus quand on emploie les frictions. Pour ce qui est de la douleur, j'ai plutôt exagéré. Le nombre des malades de la ville et de l'hôpital qui ne se sont jamais plaints est considérable.

M. ABADIE. — Je me propose de démontrer plus tard que si l'on veut substituer les injections à la médication interne dans le traitement de la syphilis, c'est aux sels solubles qu'il faut s'adresser.

M. DE BEURMANN. — En arrivant à Lourcine, j'ai fait environ 200 injections. J'avais alors plus fréquemment de la stomatite qu'actuellement avec deux pilules de Dupuytren, ce qui est une forte dose. Il faut aussi tenir compte de l'intensité de la stomatite ; elle n'est jamais plus sévère qu'après l'emploi de l'huile grise. Enfin ce qui montre bien que les injections

sont mal supportées par les patients, c'est qu'ils demandent à quitter l'hôpital. Pourtant, dans les cas de syphilis grave, j'emploie les injections de sels solubles qui, tout en étant douloureuses, ont une grande efficacité. En pareil cas, la stomatite quand elle survient n'a pas la gravité de celle qui suit l'injection de préparations insolubles.

M. LE PILEUR. — Dans mon travail, j'ai cité 21 cas de stomatite. Quelques-uns n'ont pas duré plus de huit jours. Quant aux stomatites graves, je n'en ai pas observé un seul cas. Je demande à M. de Beurmann de nous fournir une statistique comparable à la mienne et portant sur 5 à 600 cas.

M. JULLIEN. — M. Le Pileur connaît-il des contre-indications à l'emploi de l'huile grise.

M. LE PILEUR. — Certainement. On doit les proscrire chez les variqueux, les sujets œdématisés ou cachectisés.

M. GASTOU. — Les injections mercurielles peuvent faire disparaître l'albuminurie, comme le prouvent certains faits que j'ai observés avec M. Cathelineau. La présence d'albumine n'est donc pas une contre-indication.

M. JACQUET. — Pour expliquer les faits auxquels vient de faire allusion M. Gastou, on peut supposer chez ces malades l'existence d'une néphrite d'origine syphilitique.

M. DE BEURMANN. — Je crois même que la constatation d'une néphrite indique l'emploi du calomel, car ce médicament n'agit pas seulement comme spécifique, mais aussi comme diurétique.

M. A. RENAULT. — Je désire attirer l'attention sur les stomatites tardives. J'en ai déjà cité un cas ici même. Trois semaines après une troisième injection d'huile grise, la malade était sortie blanchie de l'hôpital. Quinze jours après son exeat, elle revint avec une stomatite excessive. Le gonflement de la langue était si considérable que pendant huit jours l'asphyxie fut imminente. La stomatite causée par l'usage des sels solubles est plus bénigne et peut toujours être enrayée.

Note sur les injections de préparations mercurielles insolubles dans le traitement de la syphilis. Des indications comparées des injections de calomel et des injections d'huile grise, et des indications générales de la méthode des préparations insolubles.

Par M. GEORGES THIBLERGE.

La discussion que la Société a consacrée en août 1894 au traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de préparations mercurielles, s'est ouverte par un rapport de notre collègue M. Auga-

gneur, qui résumait assez l'opinion générale des membres de la Société. Ce réquisitoire, un peu excessif dans ses conclusions, confondait dans une même réprobation toutes les injections mercurielles, qu'elles soient solubles ou insolubles, à quelque dose, par quelque procédé qu'elles soient faites et n'en admettait, comme à regret, la légitimité que dans des cas tout exceptionnels. Parmi les orateurs, qui ont succédé au rapporteur, les uns étaient favorables aux injections mercurielles ou au moins à certaines d'entre elles, c'étaient ceux des membres de la Société qui les avaient employées sur la plus large échelle; d'autres, qui semblaient la majorité, leur étaient hostiles.

Et cependant cette discussion a eu plutôt une issue favorable aux injections mercurielles. D'abord elle a mis en évidence, mieux que la lecture des nombreux travaux publiés sur cette question, la tendance à préférer aux injections de sels solubles, les injections de préparations insolubles; en outre, elle a pour une part aussi incité quelques-uns d'entre nous à expérimenter cette méthode dont je m'applaudis d'avoir été alors le défenseur avec nos collègues Balzer, Jullien, Barthélemy.

Aujourd'hui, la discussion s'engage, semble-t-il, dans des conditions toutes différentes : depuis dix-huit mois des opinions intransigeantes se sont modifiées. Les escarmouches qui ont précédé cette discussion, je veux dire la communication de M. Feulard, les paroles échangées à la suite de cette communication et de celles de MM. Fournier et Verchère, dénotent un courant en faveur de cette méthode de mercurialisation.

Les essais que j'ai poursuivis depuis la discussion d'août 1894 m'ont confirmé dans mon jugement primitif sur la valeur des injections mercurielles insolubles (1); elles m'ont permis de fixer plus nettement mon opinion sur leurs indications et leur valeur thérapeutique.

Je laisserai complètement de côté les injections mercurielles solubles; leur procès me paraît jugé malgré les tentatives récentes pour réacclimater en Allemagne les injections massives de sublimé et la bonne réputation que conservent encore auprès de quelques médecins italiens, les injections intraveineuses de sublimé, méthode laborieuse, quelque peu dangereuse et fugace dans la durée de ses effets curatifs.

Certes, à première vue, il semble singulier, bizarre même, lorsqu'on peut introduire dans l'organisme un médicament soluble, immédiatement utilisable sans aucune réaction chimique intermédiaire, d'aller chercher une forme sous laquelle ce même médicament est insoluble, et nécessite pour agir une série de transformations chimiques, peut-

(1) J'avais fait en août 1894 environ 200 injections de préparations insolubles; à l'heure actuelle, j'arrive à un total d'environ 400 injections.

être contingentes, peut-être aussi diversement rapides et diversement intenses suivant les sujets et leur propre chimisme organique.

Et cependant, en pratique, les injections insolubles sont de beaucoup préférables aux injections solubles; moins douloureuses d'une façon générale, elles ont surtout l'avantage de ne pas astreindre les malades à subir quotidiennement, ou au moins tri-hebdomadairement, une opération dont la répétition est gênante, monotone, parfois trop nettement révélatrice, en même temps qu'onéreuse.

Sur ce point, l'accord est fait, ou bien près de l'être; il est inutile d'épiloguer plus longuement.

De même, pour qui veut regarder les choses de près et sans parti pris, pour qui envisage les injections mercurielles insolubles comme on les pratique actuellement, ou du moins comme on doit les pratiquer actuellement, il n'y a plus à parler de leurs dangers, naguère réputés si redoutables: ils appartenaient à la période initiale — ou pour mieux dire fabuleuse, car cette dénomination peut seule caractériser les doses alors employées — de l'histoire de cette méthode. Aujourd'hui, on ne voit plus ni ces stomatites violentes, ni ces phénomènes graves d'hydrargyrie qui obligeaient à aller, le bistouri à la main, arracher aux tissus l'approvisionnement mercuriel qu'on leur avait confié, ni ces abcès étendus qu'on redoutait tant (1).

Plus discutable paraît être la question du choix de la préparation à injecter.

Il semblerait, à lire les auteurs et à entendre nos discussions, qu'une seule et même préparation puisse convenir à tous les cas, que chacun puisse, suivant ses préférences, adopter pour sa pratique personnelle une formule *ne varietur*. Deux camps se dessinent: celui des partisans du calomel et celui des partisans de l'huile grise. Ces deux préparations résument à elles deux les avantages particuliers des diverses préparations insolubles en usage; mais l'emploi exclusif de l'une d'elles nous semble abusif et ne permet pas de tirer de la méthode des injections mercurielles insolubles le maximum d'effets utiles dont elle est susceptible.

Les injections de calomel ont aujourd'hui leur réputation faite, bien et dûment faite: aucun agent de l'hypodermie anti-syphilitique n'a une efficacité plus constante et plus rapide; grâce à elles, on peut juguler à bref délai une manifestation syphilitique si grave, si ancienne, si rebelle soit-elle, on peut juger en quelques jours un dia-

(1) Sur le nombre total d'injections que j'ai faites, j'ai observé 3 abcès: deux sont signalés dans la communication d'août 1894, il sera question de l'autre plus loin; sauf un cas dont j'ai fait mention en 1894, je n'ai pas observé de stomatite ayant quelque importance. Quant aux nodules qui succèdent aux injections, ils en sont une conséquence sans doute inévitable, mais ne méritent nullement le nom de complication.

gnostic incertain. Il n'y a aucune hésitation sur ce point, et s'il en était besoin je n'aurais, pour résumer mon expérience personnelle, qu'à répéter ce que notre collègue Jullien a dit ici à plusieurs reprises et avec tant de conviction.

Mais les injections de calomel ont deux inconvénients, non moins incontestables que leurs avantages : elles exposent plus que les autres injections insolubles, et au même titre que les autres modes d'administration du calomel, à des stomatites graves ; en outre, elles sont sensiblement plus douloureuses que les autres injections insolubles, à telle enseigne que la plupart des médecins qui emploient les injections de calomel se refusent à considérer les injections de préparations insolubles comme d'un emploi facile dans la pratique courante, comme un traitement ambulatoire. M. Feulard a montré qu'avec des précautions minutieuses on restreignait la douleur consécutive aux injections de calomel : il n'en est pas moins vrai qu'elles restent, à ce point de vue, bien inférieures aux injections d'huile grise.

L'huile grise, est en effet, de l'avis unanime des médecins qui l'ont expérimentée, la préparation qui est le mieux supportée par les tissus et qui provoque le moins de douleur — je ne parle bien entendu pas ici de la douleur immédiate, qui est toujours négligeable, mais de la douleur qui survient quelques jours après l'injection. — A la condition d'avoir une préparation soigneusement exécutée, dans laquelle n'entrent que des produits stérilisés et des matières grasses d'origine minérale (vaseline et huile de vaseline), à la condition également que l'huile grise n'ait pas plus de 4 à 5 semaines de préparation (1) et ait été conservée aseptiquement, la douleur est le plus souvent nulle, toujours supportable, n'entrave pour ainsi dire jamais l'existence du malade.

Un malade que j'ai traité pour des lésions graves de la muqueuse buccale continuait à mener une existence très active, montant chaque jour 60 à 80 étages, sans être nullement incommodé. Un de mes malades de la ville, dans l'intervalle de deux injections, se rendit à une partie de chasse, au cours de laquelle il ne se montra pas le moins intrépide et ne ressentit pas la moindre gêne. Un autre, deux jours après une injection, fit sans en éprouver aucune douleur, le voyage de Paris à Bucarest : c'est un syphilitique tertiaire qui a suivi dans les grandes capitales de l'Europe et dans divers thermes les traitements

(1) Dans les diverses séries d'injections que j'ai faites avec des huiles grises de provenance et de composition différentes, j'ai noté des inégalités dans la réaction douloureuse : la formule que je dois à M. Milliet (*Annales de Dermatologie*, 1894, p. 948), et qui est une modification de celles de Neisser et de M. Beausse, m'a toujours fourni une huile grise parfaitement supportée par les tissus. Lorsque, chez deux ou trois malades, une huile grise a provoqué des douleurs tant soit peu intenses, il faut en abandonner l'emploi et se procurer une préparation neuve.

les plus variés, frictions, pilules, injections de sublimé ; aux premières il n'a pu pardonner leur malpropreté, aux secondes il reproche non sans raison d'avoir aggravé les troubles digestifs dont il souffre depuis longtemps, les dernières lui ont laissé un souvenir si cuisant que la seule pensée de recourir à une nouvelle médication hypodermique lui causa une véritable terreur ; huit jours plus tard, il revenait me voir, tant étonné de n'avoir éprouvé aucune douleur, aucune gêne, et il en fut ainsi aux cinq injections que je lui ai faites jusqu'ici (1).

Que les injections d'huile grise soient moins rapidement, moins brusquement efficaces que les injections de calomel, cela est indiscutable. Mais est-il nécessaire, dans l'immense majorité des cas de syphilis, d'arriver à une telle promptitude de diagnostic ou de guérison ? Très évidemment non : à part de rares exceptions, on peut faire au traitement un crédit de quelques jours, qui suffisent à l'huile grise pour produire l'effet voulu, et cela plus rapidement encore et plus sûrement que les diverses médications internes.

Lorsque les lésions syphilitiques siègent en une région ou en un organe important, ou lorsqu'il y a nécessité de fournir à bref délai un diagnostic ferme et sans appel, en un mot toutes les fois qu'il faut agir *cito*, les injections de calomel sont indiquées ; en toute autre circonstance, les injections d'huile grise permettront d'obtenir la guérison *tuto et jucunde*.

Alors même qu'une circonstance spéciale implique la nécessité des injections de calomel, il n'y a presque jamais lieu de conserver au traitement toute son activité et toute son intensité jusqu'à disparition complète des lésions : une fois la rétrocession commencée et constatée, le péril est conjuré si péril y avait, le diagnostic est éclairé s'il était obscur ; la méthode de force peut céder le pas aux méthodes de douceur : après une ou deux injections de calomel, on peut, on doit revenir aux injections d'huile grise ; elles suffiront à tenir l'économie sous l'influence du mercure et à assurer une guérison à laquelle le calomel a donné le branle.

C'est là la règle que j'ai suivie jusqu'ici : je ne sais si elle a été nettement formulée par d'autres ; ce que je sais, c'est que je n'ai jamais eu à m'en repentir ; jamais, après avoir commencé la série des injections d'huile grise, je n'ai trouvé d'indications à en venir aux injections de calomel.

Les injections de préparations mercurielles insolubles peuvent être

(1) Accessoirement l'huile grise a l'avantage de pouvoir être préparée à l'avance, alors que l'huile au calomel doit être de préparation récente. En outre, elle reste plus homogène que l'injection de calomel, ce qui assure un dosage plus rigoureux.

On a reproché à l'huile grise de s'injecter par gouttes, ce qui nécessite plus d'attention que pour le calomel qui s'injecte à pleine seringue : c'est là véritablement un argument enfantin.

faites à tout âge : un enfant de six semaines, qu'un abcès dû certainement à l'emploi de l'emplâtre de Vigo pour obtenir l'orifice de la piquûre ; cet emplâtre avait provoqué la formation d'une large phlyctène qui s'est infectée et a infecté par continuité le trajet de l'injection, a supporté sans autre inconvénient les deux injections que je lui ai faites, l'une de deux vingtièmes de centimètre cube d'huile grise, l'autre de un vingtième, et, sous leur influence, les lésions cutanées généralisées d'hérédosyphilis ont disparu en peu de jours. Chez des sujets âgés, je n'en ai vu aucun dommage malgré le mauvais état de leurs artères.

L'existence d'une gingivite, le mauvais état de la dentition sont, à moins d'urgence absolue, des contre-indications évidentes au traitement intensif par les injections insolubles. L'existence de l'albuminurie doit également en faire rejeter l'emploi : on peut se demander cependant si elle constitue une contre-indication formelle et constante et si l'albuminurie due à une lésion rénale d'origine syphilitique n'autoriserait pas l'usage des injections insolubles.

Mais dans quelles circonstances doit-on ou peut-on recourir aux injections de préparations mercurielles insolubles ?

Et d'abord est-il des circonstances où on doive y recourir de préférence à tout autre mode de mercurialisation ?

Sur ce point, la réponse ne saurait être douteuse : l'expérience a démontré, même aux esprits les plus prévenus, l'incomparable activité des injections insolubles. Or il est des cas où on doit, sous peine de méconnaître une obligation formelle, employer le traitement le plus sûrement et le plus rapidement efficace. En présence de localisations compromettant l'existence ou des fonctions importantes, comme un syphilome cérébral ou spinal, voire même une lésion oculaire grave, les injections doivent remplacer l'antique cure par les frictions, héroïque parfois, insuffisante souvent, malpropre et répugnante toujours. D'autre part, dans les lésions dont le diagnostic ambigu entre la syphilis et une affection nécessitant rapidement une intervention chirurgicale, doit être établi d'urgence, les injections insolubles, comme nous le faisait remarquer M. Besnier, se présentent comme la méthode la plus rapide, la plus impeccable, mettant à l'abri des erreurs involontaires et parfois de l'indifférence ou de la mauvaise volonté du patient.

Dans ces cas, l'hésitation ne semble plus guère permise.

De même, dans ces faits, qui ne sont pas absolument exceptionnels, où des manifestations syphilitiques récidivent indéfiniment, malgré l'emploi judicieux et persévérant des moyens habituels de mercurialisation, ou résistent au traitement. L'un des plus remarquables exemples que l'on puisse citer à ce sujet est celui d'une malade dont l'observation a été signalée déjà, ici, à plusieurs reprises, que mon

maître, M. Besnier avait pendant quatorze ans soumise aux traitements les plus divers sans venir à bout de lésions péribucales, lesquelles constamment récidivaient quelques jours après la cessation du traitement; or depuis vingt mois, à la suite d'une série d'injections d'huile grise, elle ne présente plus aucune manifestation syphilitique.

Un de mes malades de la ville, porteur d'hyperostoses crâniennes, a subi toute la série des traitements mercuriels intus et extra sans amélioration notable; il ne pouvait passer une journée sans ingérer 2 ou 3 grammes d'iodure de potassium, sous peine de voir reparaitre de violentes douleurs céphaliques; depuis que j'ai commencé le traitement par les injections d'huile grise, il ne prend plus d'iodure, n'éprouve plus de douleurs, ses hyperostoses ont diminué dans des proportions considérables.

Les indications précédentes dérivent de l'incomparable activité thérapeutique des injections insolubles: elles ne sont pas la conséquence du fait lui-même de l'introduction du mercure par la voie hypodermique.

D'autres fois, la méthode tire son utilité précisément du mode de pénétration du médicament.

Sans parler des malades chez lesquels pour une raison quelconque, le plus souvent d'ordre extra-médical, il est nécessaire de s'assurer que le mercure a réellement été introduit dans l'organisme, malades pour lesquels les injections mercurielles en général semblent avoir été spécialement imaginées, sans parler, dis-je, de ces irréguliers de la thérapeutique, il est une catégorie importante de sujets chez lesquels la voie la plus ordinaire de mercurialisation est impraticable, ce sont tous les syphilitiques dont, pour une raison ou une autre, le tube digestif veut ou doit être ménagé: chez les dyspeptiques de divers ordres, chez les tuberculeux dont l'estomac est à certains égards un *noli me tangere*, chez les blennorrhagiques dont on ne peut surcharger les voies digestives à la fois de balsamiques et de mercure, la voie dermique est la plus fréquemment utilisée pour le traitement hydrargyrique. Combien préférables aux frictions avec l'onguent gris leur paraissent les injections insolubles! avec celles-ci ils évitent un traitement malpropre, exigeant chaque jour bien près d'une heure de soins, souillant leur linge de marques parfois compromettantes: si le médecin ne peut, en pareil cas, imposer les injections, il peut les conseiller, il doit les pratiquer si le patient les réclame.

Mais peut-il aller plus loin? Peut-il appliquer indifféremment, sauf les cas de contre-indications, les injections insolubles, à tous les cas de syphilis, même légers, même vulgaires? L'innocuité de ces injections, à condition qu'elles soient faites avec la prudence voulue, avec les précautions nécessaires, ne nous laisse aucune hésitation sur ce point. Tant que la méthode des injections insolubles a été une

méthode dangereuse, elle n'était applicable qu'aux syphilis graves, qu'à certains cas bien spécifiés. Aujourd'hui où la technique en usage l'a rendue aussi inoffensive qu'elle est active, il n'y a plus de raisons pour en refuser le bénéfice aux malades qui la réclament ou qui, dûment et complètement instruits de ses avantages et de ses inconvénients, demandent à s'y soumettre : pourquoi forcer un malade à ingérer de la liqueur de Van Swieten qui lui répugne ou des pilules qu'il craint de laisser égarer, quand il peut se traiter aussi complètement et sans plus de risques par des injections peu nombreuses, peu douloureuses, auxquelles il se soumet volontiers.

Certes, la méthode des injections insolubles ne détrônara pas de longtemps les autres méthodes du traitement hydrargyrique; si elle se substitue avantageusement aux frictions, elle ne peut remplacer la mercurialisation par la voie gastrique; mais ses indications, naguère exceptionnelles, deviendront de plus en plus nombreuses, et ses avantages, si éclatants dans certains cas, en font dès maintenant une des meilleures méthodes de mercurialisation; je devrais dire la meilleure, puisqu'elle possède au plus haut degré les trois qualités primordiales d'une méthode thérapeutique : la certitude, l'intensité et la rapidité d'action curative.

M. VERCHÈRE. — Suivant M. Thibierge, la pratique des injections doit-elle être appliquée indifféremment dans tous les cas? Est-ce une méthode d'exception ou une méthode courante?

M. THIBIERGE. — Assurément, on peut employer cette méthode dans tous les cas; ce n'est donc pas une méthode d'exception. Je ne saurais mieux en comparer les indications qu'à celles de la thoracentèse dans les pleurésies : il est des cas où la ponction s'impose par la gravité des symptômes; il en est d'autres où elle peut être remplacée par d'autres méthodes thérapeutiques; le malade n'en guérira pas moins, mais guérira plus lentement; le choix du traitement est alors variable suivant le tempérament du médecin. De même que dans les cas de pleurésie je préfère ponctionner, de même dans les cas bénins de syphilis je préfère, à moins de contre-indications, recourir aux injections insolubles.

M. GASTOU. — En présence d'un chancre manifestement induré, l'usage des injections est-il de rigueur?

M. LE PILEUR. — Je pense qu'il faut consulter le malade à ce sujet.

M. FOURNIER. — Ceci est inadmissible. Le médecin doit rester seul juge de l'opportunité de tel ou tel traitement.

M. MAURIAC. — Chez un malade qui avait été longtemps traité sans accidents par la médication interne et les frictions, j'ai fait trois injections de calomel. Après la dernière, apparut une stomatite épouvantable, puis les membres devinrent très douloureux, les masses musculaires s'atro-

phèrent et à l'heure actuelle la cachexie est si profonde que la fin est prochaine.

Ce traitement intensif et dangereux n'a pas pourtant prévenu le retour des manifestations syphilitiques. Dans les syphilis graves, la méthode ordinaire suffit amplement ; chez un malade atteint de syphilose grave anogénitale, j'ai obtenu un résultat surprenant par la méthode stomacale combinée avec les frictions. Sur 100 cas de syphilis, il n'y en a certainement pas un qui nécessite le traitement par les injections.

M. FOURNIER. — Telle méthode qui réussit chez un malade peut être inefficace chez un autre. Il faut donc rechercher quelle est la méthode la mieux appropriée à chaque sujet. Sur un malade dont M. Thibierge vient de rapporter l'histoire, l'huile grise a fait merveille. Depuis 16 à 18 ans, cet homme avait constamment de la céphalée et des exostoses du crâne. A Aix-la-Chapelle, on lui avait fait sans succès 100 injections qui avaient été horriblement douloureuses. Je n'avais obtenu qu'un maigre résultat par la méthode ordinaire. Ce malade n'avait donc retiré aucun bénéfice sérieux de ces divers traitements, quand il eut la bonne fortune de rencontrer M. Thibierge. Les injections d'huile grise firent disparaître rapidement les douleurs et les exostoses. Ce résultat se maintenait depuis vingt mois et la guérison paraissait donc être durable quand des exostoses du volume d'un demi-abricot ont reparu il y a quatre jours. Ce retour offensif montre qu'on n'est pas à l'abri des récidives et qu'il ne faut jamais en pareil cas croire à une guérison durable.

M. THIBIERGE. — Je suis absolument de l'avis de M. Fournier. Aussi ai-je dit que le malade en question avait été jusqu'ici amélioré et non pas guéri.

M. EUDLITZ. — Toutes les méthodes ont donné des succès remarquables. J'en ai rapporté un cas après l'emploi du sozoiodolate de mercure. Ce même médicament a complètement échoué sur un malade du service de M. Fournier.

M. GALEZOWSKI. — La choréïdite syphilitique résiste à tous les traitements ; médication interne, frictions mercurielles faites pendant un temps trop court, injections, etc. Mais la syphilis oculaire rétrocede et sans retour quand on prescrit l'usage *continu* des frictions, à la dose de 2 gr. par jour, pendant *deux ans* environ. Quand le malade se croit guéri, il ne faut pas interrompre les frictions. Elles ne doivent être suspendues que lorsqu'il n'existe plus de flocons dans le corps vitré.

M. DU CASTEL. — Après avoir essayé un insuccès avec les injections d'huile grise dans un cas syphilis héréditaire, j'ai obtenu une amélioration notable par les frictions mercurielles.

Les injections de calomel dans le traitement de la syphilis.

Par le D^r LOUIS JULLIEN.

Nul doute que l'appel de Scarenzio et de Smirnof ne soit entendu ; si ce n'est aujourd'hui, car on n'aime guère en France à changer ses habitudes, ce sera demain, car à la fin la voix sincère d'un chercheur finit toujours par se faire écouter. (Quelques mots sur les injections de calomel dans le traitement de la syphilis par le D^r L. JULLIEN. *Annales de la Dermatologie*, 1884, p. 77.)

L'agitation qui se produit aujourd'hui en faveur des injections de calomel est un de ces heureux revirements qui prouvent qu'en science une bonne cause n'est jamais perdue. Vieux de trente ans chez nos voisins, ce progrès fait antichambre depuis plus de dix ans à Paris, et il n'y a pas 20 mois, que rejetant toutes mes conclusions, la Société de dermatologie condamnait rigoureusement la méthode, son fondateur et leur apologiste. Quel chemin parcouru depuis, grâce aux communications de MM. Thibierge, Blondel, Morel-Lavallée, Mendel Barthélemy et Heulard ! Ce puissant moyen ne pouvait se réclamer que de la pratique, et le déni de justice devait durer autant que le déni d'expérience. Du jour où les réfractaires consentiraient à injecter le calomel, leur scepticisme devait tomber, c'est ce qui est arrivé. C'est donc avec la confiance d'être mieux écouté que naguère, que je viens répéter aujourd'hui mes arguments, montrer pourquoi ayant essayé les injections, je leur reste fidèle, sans leur sacrifier aucun de nos moyens classiques, estimant que l'on n'est jamais trop armé dans le long combat contre la syphilis.

L'absorption cutanée des médicaments réalise deux conditions importantes : la préservation du foie et la préservation de la muqueuse gastro-intestinale. En 1889 j'appelai l'attention sur la fréquence de la dilatation de l'estomac chez les vieux syphilitiques, et fis voir les liens qui rattachaient l'état de la muqueuse gastrique aux lésions de structure du foie, cirrhose commençante ou précirrhose de Glénard, susceptible de constituer à côté de la neurasthénie gastrique, une véritable neurasthénie hépatique, variétés éventuelles de la neurasthénie syphilitique, sur laquelle M. le Professeur Fournier devait, quelques années plus tard, appeler si vivement l'attention. Peu après, Houkly-Bey faisait remarquer que l'injection jetait immédiatement l'agent actif dans le torrent sanguin, au lieu que cheminant à travers l'intestin il lui faut pénétrer dans les petite et grande mésentériques, et traverser la veine porte pour arriver au foie dont la fonction est de retenir la plupart des métaux. Le mercure prépare les altérations du foie, et le foie atténue l'action du mercure, la méthode hypodermique

pare donc ici à un double inconvénient. Pour ce qui est de l'intestin, Liebreich et Cesena ont montré la pullulation microbienne à la surface de la muqueuse digestive comme conséquence de l'hyperhémie et des hémorrhagies des ulcérations et des nécroses, produites à la longue par le sublimé, et cette observation a été plus récemment confirmée par Pilliet, dont les recherches anatomo-pathologiques expérimentales ont été exposées dans la thèse de Letoux (1893) sur les lésions dans l'intoxication mercurielle. Il y a donc un intérêt primordial à utiliser une méthode dont l'action s'exerce en dehors, et le plus loin possible de ce tégument gastro-entérique si menacé et d'une si importante conservation.

Ce principe posé, pourquoi choisir le calomel, un sel insoluble ? Sur ce point, il se peut que la théorie reste hésitante, mais voici ce que répond l'expérience. Scarenzio avait constaté dès le début de ses essais que les sécrétions des malades soumis à ses injections ne tardaient pas à donner la réaction du mercure. Multipliant les analyses, Nicolich (de Trieste) a pu établir que l'on pouvait déceler le mercure dans l'urine deux ou trois heures, et dans la salive quatre ou cinq heures après l'injection. L'élimination se prolonge ainsi pendant des semaines et même des mois. A l'appui de cette dernière assertion, je rappellerai que dans un foyer d'injection calomélique que j'avais pratiquée dix-huit mois avant chez un lapin, M. F. Vigier a pu déceler de très évidentes traces de mercure. Aucune méthode n'assure une telle persistance des effets. Par l'injection intra-veineuse de sublimé, telle que l'a conseillée Baccelli, on a, il est vrai, une plus hâtive absorption, puisque la réaction se montre dans l'urine au bout de 40 à 50 minutes, et dans la salive au bout d'une ou deux heures, mais l'imprégnation est fugace et cesse complètement vers le cinquième ou sixième jour (Colombini).

L'idée première qui avait guidé le professeur de Pavie reste donc absolument vraie. La petite masse de protochlorure se transforme lentement en sublimé sous l'influence des chlorures sanguins. De Michele a pu retrouver le sel soluble à l'état naissant dans la périphérie du foyer, c'est une opération chimique dont l'organisme est témoin, et cela est tellement vrai, qu'elle peut subir l'influence de tel autre agent chimique. C'est ainsi que de Michele, Nicolich ont pu reconnaître qu'elle est activée par l'action simultanée de l'iodure de potassium, et recommander par prudence de diminuer considérablement les doses du sel injecté en pareil cas.

Abordons les arguments mis en avant par les adversaires de la méthode. On a parlé de la *douleur*, et ce serait puéril de la nier. Elle est bien rarement immédiate, mais on conçoit cependant que la petite opération puisse intéresser tel filet nerveux, et s'accompagner d'un engourdissement plus ou moins durable, plus ou moins localisé.

En général la sensibilité s'éveille vers le troisième jour, et s'accompagne ou non d'un certain gonflement. Mais cette douleur même est tolérable ; à côté d'un malade forcé à un repos momentané, combien n'en voyons-nous pas continuer leur existence active de travail ou de plaisir, sans en éprouver d'inconvénient. Il y a cependant, pour quoi ne pas le reconnaître, des sujets qui sont réfractaires à ce mode de traitement. En une douzaine d'années, j'ai souvenance d'en avoir rencontré deux chez lesquels la douleur et le gonflement de la région atteignirent un degré difficilement supportable. Une tentative renouvelée n'ayant pas été plus heureuse que la première, contrairement à ce que nous voyons le plus souvent, j'ai eu recours aux autres médications. On a recommandé contre la douleur nombre de moyens, sans en excepter la cocaïne ; le repos et les cataplasmes frais à l'eau boriquée m'ont toujours paru suffire.

La stomatite, voilà l'objection sur laquelle on revient toujours. Nier la stomatite serait dire que le calomel ne contient pas de mercure. Toutes les fois que nous prescrivons le métal, nous savons que la muqueuse buccale court certains risques, nos injections ne sauraient avoir la prétention de la mettre hors de cause. Mais ce que j'ai soutenu, ce que je soutiens encore, d'accord avec tous ceux qui, ayant une grande habitude des divers modes de mercurisation, voudront se donner la peine de comparer, c'est que cet accident est infiniment rare à la suite de nos interventions, et je ne parle pas seulement de la stomatite, mais de la simple gingivite, incomparablement plus fréquente par le proto-iodure, et surtout l'onguent en frictions.

Un seul cas de stomatite grave, et qui m'ait donné des inquiétudes, s'est offert à mon observation ; c'était chez une femme de Saint-Lazare, épileptique et malade, à laquelle j'avais injecté 10 centigr. de calomel ; elle guérit du reste très bien. Veut-on un frappant exemple : un jeune homme reçoit une série d'injections dont la dernière à la date du 19 avril 1887 ; pas de gingivite. Mais en août il fait 3 frictions d'onguent napolitain pour des pédiculi, et en décembre il souffre de salivation avec tuméfaction gingivale ; l'hésitation est permise, mais j'estime avec toute vraisemblance que les frictions seules doivent être incriminées. Il va sans dire qu'il faut être grandement attentif pour se mettre à l'abri de cette complication, car je dis qu'elle est non pas impossible, mais évitable. La plus importante précaution, est de n'admettre au bénéfice de l'injection que les sujets doués d'une muqueuse buccale propre, d'éliminer ceux dont les dents sont des foyers d'infection, dont les gencives corrodées par le tarte sont ulcérées et suppurantes.

Est-il nécessaire de discuter l'objection tirée des abcès, quand il est patent que chaque jour elle perd de sa valeur. Remontons à l'origine, en 1864, et nous verrons la suppuration inévitable ; autant d'in-

jections, autant d'abcès, et cependant la méthode est bienfaisante et se répand peu à peu. Mais voici l'antisepsie, et avec Smirnofï qui l'applique aussitôt, la méthode italienne va prendre un nouvel essor. Progressivement s'abaisse le pourcentage de ses suppurations qui tombent à 80, 60, 40, 25 p. 100, et finalement ne se voient pour ainsi dire plus aujourd'hui. Encore, si l'accident vient à se produire, est-il généralement de minime importance : un foyer de ramollissement, gros comme une noix fait saillie et s'ouvre par un petit orifice d'où s'écoule un contenu sanguinolent, pus et sang, qui ne tarde pas à se tarir. Plus fréquents sont les *nodus*, qui marquent souvent pour un temps plus ou moins long la place des injections, mais ils ne sont pas douloureux et les patients ne s'en inquiètent guère. J'ai eu récemment l'occasion de faire une constatation qui ne me semble pas dépourvue d'intérêt. Une malade qui par caprice avait quitté mon service en pleine syphilis cérébrale, y rentra pour y mourir d'une gomme qui avait détruit presque entièrement la première circonvolution frontale gauche. A l'autopsie, je cherchai la place des injections que j'avais pratiquées trois mois auparavant, et à côté de *nodus* scléreux je rencontrai dans la profondeur de la fesse gauche une petite collection. Un liquide crémeux était contenu dans une poche bien limitée, logée au milieu des fibres musculaires, et tapissée intérieurement par une paroi lisse semblable à une muqueuse, sans aucune trace d'inflammation à la périphérie. Au microscope le liquide était composé de granulations graisseuses, avec quelques rares leucocytes qu'englobaient des débris de fibrine. Je confiai la paroi à M. Pilliet, l'éminent histologiste, qui en reconnut la nature particulière : cela se rapproche, à son avis, de certains hématomes ne déterminant pas des abcès vrais, mais des *épanchements huileux*, selon l'ancien langage.

Au surplus, voici la note que je dois à son obligeance. Les fragments de muscles sont creusés de cavités légèrement anfractueuses, que tapisse une paroi villeuse, mince et grisâtre, sous laquelle on distingue la couleur du muscle sous-jacent. Les coupes pratiquées au niveau de la cavité permettent de distinguer quatre zones distinctes, en allant de dehors en dedans.

Première zone. — L'*aponévrose* qui limite le muscle en dehors est amincie et un peu déchiquetée sur ses bords, mais forme encore une bande continue.

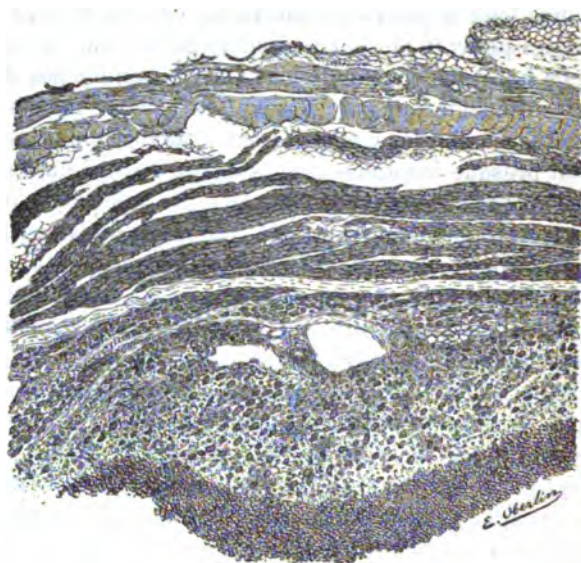
Deuxième zone. — Au-dessous se trouve une nappe de muscle strié, dont les faisceaux sont petits, entourés de grandes zones de tissu conjonctif scléreux, et dans ce tissu l'on rencontre les vaisseaux veineux et lymphatiques béants, très largement dilatés.

Troisième zone. — Dans cette couche le tissu conjonctif est infiltré de petites cellules rondes, et a pris l'aspect d'un véritable tissu de bourgeons charnus. Il englobe les faisceaux musculaires épars, dis-

sociés, considérablement diminués d'épaisseur. Beaucoup sont réduits à l'épaisseur de fibres musculaires lisses, leurs noyaux sont proliférés.

Quatrième zone. — Enfin la zone la plus interne est constituée par une couche friable de leucocytes à demi mortifiés, qui proviennent de la gaine et de la lumière des vaisseaux de la couche précédente; c'est simplement une nappe de pus appliqué sur la couche pyogène.

En résumé, l'aspect est celui d'un abcès de moyenne intensité, devant fournir plutôt un liquide huileux, ou séreux et louche, que du pus phlegmoneux ordinaire.



Couche de la paroi d'une cavité intra-musculaire (préparation de M. PILLIET). —

On distingue de dehors en dedans l'aponévrose, une nappe musculaire en voie d'atrophie, la couche de bourgeons charnus englobant des fibres musculaires atrophiques, et enfin la couche de pus superficielle qui est très mince.

Quant au liquide, il fut examiné avec le plus grand soin par M. Girard, dont la compétence chimique est indiscutable, et à notre grande surprise, l'analyse ne décela pas la moindre trace de mercure. Je ne me dissimule pas que ce fait est en contradiction avec les idées courantes. Car, sans parler de mon lapin, Frelow n'a-t-il pas rencontré au bout de trois ans et demi des nodules suintants, à réaction mercurielle, sans que les urines présentassent ce caractère ? Mais l'amour de la vérité me fait un devoir de le signaler. En tous cas il vient à l'encontre de l'opinion qui fait de ces vieux foyers des réservoirs très dangereux de mercure. On sait que leur rupture a été signalée comme pouvant donner lieu à des phénomènes d'empoisonnement suraigu

(Augagneur) ; les détails que je viens de rapporter sont de nature à inspirer quelque réserve dans l'appréciation de ces catastrophes, à moins qu'on ne veuille soutenir que le hasard m'a fait rencontrer un épanchement traumatique sans aucune corrélation avec la cure antérieure.

Reste la question des *intoxications*, qui toujours eurent pour cause, une erreur, une négligence, une inexpérience. En réalité, il n'est pas un fait qui résiste à un examen sérieux ; comme l'a très bien dit Balzer, des médecins oublièrent que le mercure est un poison, et on les vit jouer de ce métal comme d'un médicament anodin. Bien avant les injections, nous savions cependant quels périls soudains naissent de certaines idiosyncrasies. Faut-il rappeler les cas dans lesquels une simple friction pour tuer des morpions a entraîné la mort ? En 1891, Nicolich vit mourir dans son service un homme robuste, mais alcoolique, de 27 ans, qui, sur le conseil, d'un oculiste, avait fait 6 frictions, à 3 grammes l'une, d'onguent gris ; l'autopsie ne laissa aucun doute sur la cause réelle de la mort. A Paris, c'est un saturnin qui succombe dans le service du professeur Bouchard, en 1873, après six jours de traitement par la liqueur de Van Swieten (2 cueillerées) et une friction de 4 grammes. A Prague, une femme de 17 ans meurt dans l'anurie, sept jours après une double injection vaginale avec une solution de 1/2000 de sublimé. Nombre de semblables exemples sont rassemblés dans la thèse déjà citée de Letoux (1893), et les ayant lus, constatant d'ailleurs que depuis plusieurs années le calomel a cessé d'enrichir cette statistique, je pense que ce grief aussi a fait son temps et cesse d'être valable auprès des praticiens informés. J'ajouterai qu'une menace d'absorption excessive ne nous laisserait pas désarmés, Scarenzio nous ayant appris quel service on pouvait retirer en pareil cas des injections de pilocarpine, associées au cathétérisme du canal de Sténon, et s'il le faut, à l'incision et au grattage du centre calomélique. Qu'on se rassure d'ailleurs, les seuls accidents que j'aie jamais observés consistèrent en céphalalgie, quelques vertiges, sensation de constriction thoracique, plus rarement de la diarrhée, tous symptômes aussi légers qu'éphémères.

Arrivons à la *pratique des injections du calomel*.

L'excipient fut tour à tour l'eau gommée, la glycérine ou l'huile. La glycérine considérée comme douloureuse, a été abandonnée par les Italiens, puis reprise par Blondel et Morel-Lavallée, qui l'associent à la cocaïne, sans grand avantage à mon avis. Scarenzio se loue de la vaseline liquide proposée par Balzer, tandis que Nicolich s'arrête à l'huile d'amandes douces, et Gyselink à l'huile d'olives, employée aussi dernièrement par Barthélemy et Feulard. En vérité, je n'attache pas grande importance à l'un plutôt qu'à l'autre de ces liquides. Il n'en est point de mauvais, et chacun est bon à la condition d'être par-

faitement pur et d'une asepsie éprouvée ; j'ai surtout employé la vaseline qui est très fluide et ne m'a pas paru, après expérience comparative, inférieure aux huiles végétales au point de vue de la tolérance des milieux organiques.

La dose de sel à introduire a subi de si importantes variations qu'on me pardonnera de m'y arrêter un instant. A l'origine et pendant la période héroïque du début, Scarenzio n'injectait pas moins de 40 centigrammes, soit en une, soit en deux piqûres. Nous nous demandons aujourd'hui par quelle fortune furent alors évités de terribles accidents. La raison en est simple, c'est que par bonheur l'abcès survenait inmanquablement pour éliminer un boubillon riche du sel mercuriel. L'application de l'antisepsie à la pratique des injections a changé tout cela, et la totalité de ce que nous introduisons dans les tissus est retenue par l'organisme, nous en avons aujourd'hui la certitude. De là est venue la nécessité de diminuer les doses qui tombèrent successivement de 40 à 20, puis à 10, enfin à 5 centigrammes, en suivant une décroissance peut-être un peu irraisonnée. Le désir de la simplification à outrance a poussé quelques-uns de mes confrères à établir comme règle générale l'injection de 5 centigrammes. Je ne partage pas leur manière de voir, et je crois m'inspirer de données plus scientifiques en faisant dépendre les doses de l'examen des conditions individuelles. Le poids du corps guide sûrement. L'expérience m'a appris qu'il suffit de 5 centigrammes pour agir efficacement sur les sujets dont le poids n'excède pas 50 kilog., et d'autre part j'ai toujours vu les hommes de 80 kilog. supporter sans inconvénient une dose double. Entre ces deux points extrêmes on graduera ; pour 60 kilog., 6 centigrammes, pour 70 kilog. 7 centigrammes, et de 70 à 80 kilog. on donnera de 7 à 10 centigrammes, en se basant sur les conditions de résistance individuelle. Telle est la formule que j'ai établie en 1895, et toujours depuis mise en pratique. Nombre de syphiligraphes, en tête desquels j'ai le plaisir de compter le professeur Scarenzio, de Vecchi et Gross, de San Francisco, ont bien voulu l'approuver et s'y conformer.

Le lieu de la piqûre n'est pas non plus immuable. Le bras fut abandonné après les premières tentatives de l'école de Pavie, et l'on a successivement prôné tous les points de la fosse iliaque externe, sans compter l'espace rétro-trochantérien. Se tenir à 3 ou 4 centimètres de la crête iliaque, se rapprocher de la ligne médiane sont de bons préceptes. Mais surtout qu'on n'oublie pas qu'il faut piquer profondément avec de longues aiguilles de 6 centimètres et effectuer le dépôt en pleines masses musculaires. C'est là une précaution indispensable, faute de quoi on s'exposerait à voir l'inflammation se produire, avec empatement et parfois ulcération du tégument. Il est inutile de faire remarquer qu'on devra choisir un point éloigné des pressions, des heurts, éviter le frottement d'une ceinture ou d'un ban-

dage, soustraire le foyer à l'action meurtrissante de vêtements serrés. Dans certains cas, soit pour être sûr de ne pas compromettre la marche, soit pour me rapprocher du foyer morbide, notamment dans les chancres de la mamelle, j'ai utilisé les fosses sus et sous-scapulaires qui peuvent être considérées comme un véritable lieu d'élection, bien préférable au deltoïde choisi par Lesser. Ai-je dit que je ne fais jamais une injection sans que la seringue ait été purifiée par l'ébullition prolongée, seringue et aiguilles bien entendu, sans que la peau du malade ait été l'objet de la toilette spéciale bien connue de tous les chirurgiens.

Muni du mélange à 1 gramme de sel pour 10 grammes d'excipient, ou mieux encore, de la quantité strictement suffisante pour emplir une seule fois la seringue, que le médicament soit contenu en un flacon ou en un tube fermé, le tout passé à l'autoclave, le médecin a fait une première injection. Quand devra-t-il recommencer? Quel intervalle laisser d'une injection à l'autre? Sur ce point encore je me vois forcé de me séparer de quelques-uns des néo-partisans du calomel. Conduits par un besoin de systématisation excessif, nos collègues proposent d'espacer les interventions de huit en huit jours. Pour moi, je condamne d'avance toute règle fixe; chaque injection doit être examinée et discutée au point de vue de l'opportunité et des indications, c'est chaque fois un problème nouveau à résoudre. A ce prix seulement on se met à l'abri des mécomptes, on échappe à la gingivite et aux dangers éventuels de l'accumulation mercurique. J'examine donc le malade, je scrute les progrès continus ou ralentis de sa guérison, je l'interroge lui-même, car bien des malades intelligents savent reconnaître par des signes intimes et d'une sagace pénétration l'époque à laquelle l'influence du spécifique cesse de se manifester; ceux notamment qui portent des ulcérations sont de bons indicateurs, s'ils savent analyser les impressions de prurit, d'agacement ressenties moins dans les tissus malades qu'à leur périphérie, s'ils nous dénoncent à temps la sensation particulière de lourdeur et de raideur des parties atteintes, autant de renseignements significatifs qu'un vrai clinicien doit savoir recueillir et provoquer au besoin, pour leur accorder, conformément à ses propres observations, la valeur qu'il convient. C'est avec ces données qu'on décidera s'il faut laisser s'écouler huit jours, ou quinze, ou vingt, ou plus encore entre deux injections consécutives. En agissant ainsi, nous ne faisons que nous conformer à la thérapeutique traditionnelle des indications. Tels nos maîtres donnaient, et beaucoup d'entre eux donnent encore 2, 4 pilules de proto-iodure ou de sublimé, ou même plus à continuer pendant un nombre de semaines également susceptible de variation. L'écueil est de cesser trop tôt le traitement, et les résultats étant plus rapidement bons qu'avec aucune autre méthode, la tentation en est aussi

et plus fréquente et plus puissante. Et cependant, pas plus avec le calomel qu'avec n'importe quel mode d'hydrargyrisation, on ne peut se flatter de faire de bonne besogne si l'on ne pousse pas à fond la guérison des symptômes reconnus; je parle non d'une guérison superficielle et apparente, mais de celles que l'on peut considérer comme poursuivie et réalisée dans la profondeur des tissus. C'est cette continuation et ce parachèvement de la cure que bien souvent, une fois les modifications urgentes obtenues avec le calomel, je demande aux injections d'huile grise (suivant la formule de Lang) mieux supportées en général, mais certainement moins actives que celles dont nous nous occupons dans ce travail. Depuis une huitaine d'années cette pratique que j'ai recommandée dans différents travaux m'est familière, et je n'ai jamais eu qu'à m'en féliciter.

Pour ne compromettre ni la valeur de la méthode, ni la santé des patients, n'est-il point de précaution à observer dans le choix de ces derniers? Et n'y a-t-il pas lieu d'exiger certaines conditions pour leur dispenser le traitement efficace entre tous. Tel est assurément la bonne manière de voir. Nous savons déjà quelle formelle exclusion se préjuge du seul fait d'une gingivite préexistante, je n'y reviendrai pas. J'en trouve un motif non moins rigoureux dans le mauvais état des reins. Les urines de nos malades sont toujours examinées avec soin, et l'albuminurie dosable fait prononcer l'interdiction. Je ne fais que rarement exception à cette règle, cependant je me rappelle un vieillard auquel 16 centigr. d'albumine ne m'empêchèrent pas d'administrer à plusieurs reprises la dose minima de 5 centigr. et cela sans aucun dommage. Cette réserve paraît inopportune, je le sais, à certains intrépides de conversion récente, qui contestant les vraies et maîtresses indications, s'indignent très haut que je revienne aux vieux errements dans les cas où précisément la nouveauté me paraît dangereuse. Hé quoi, me disent-ils, le calomel n'est-il pas un diurétique? Et la néphrite n'est-elle pas fréquente manifestation de syphilis? Je n'y contredis pas, mais d'abord le diagnostic étiologique de la lésion viscérale laisse presque toujours prise à de grandes incertitudes; d'autre part, je suis très convaincu du danger des médications actives dans le cours des maladies des reins, si bien développé dans l'excellente thèse de Chauvet. Et si le filtre ne fonctionne pas, qu'importe que ce soit le fait d'un processus spécifique? avant d'agir comme antisiphylitique le calomel agissant comme poison aura frappé de mort un organisme incapable de l'éliminer. Je mets les choses au pis pour pousser la prudence à l'extrême; en tout cas il me paraît sage de n'en venir au protochlorure que lorsque les moyens ordinaires auront suffisamment rétabli la fonction. J'ai aussi éliminé jusqu'ici les diabétiques, par crainte de l'abcès auquel la moindre blessure les expose; et les suppurants, les phlegmoneux incapables de conserver aseptique un

foyer d'irritation quelconque. Enfin je ne pense pas qu'il faille négliger l'examen du foie, émonctoire sur lequel nous devons compter, et dont l'altération intime est de nature à faire réfléchir; en cas d'insuffisance constatée, je pencherais à l'abstention.

Au total, j'élimine également les débilités, les cachectiques, les vieillards épuisés, tous ceux dont les grandes fonctions déjà compromises et la nutrition défailante sont un terrain mal choisi pour une thérapeutique violente quelle qu'elle soit. Un certain flair clinique est nécessaire, je ne le nie pas, pour faire le départ de ces cas, rares d'ailleurs, et qui tiennent certainement moins de place dans la pratique que dans cet exposé. Mais il ne faut pas l'oublier, nous manions une arme de grande portée, sûre et précise, ses écarts non moins que ses effets peuvent être prévus et calculés, mais pour ce faire, un esprit renseigné doit n'écarter aucun élément du problème, il est donc nécessaire qu'il s'inspire lui aussi d'observations sûres et précises.

Après avoir établi l'origine et la raison d'être des injections massives, montré leur innocuité, fait connaître le manuel de leur emploi, nous devons jeter un rapide coup d'œil sur les ressources qu'elles offrent à la thérapeutique et le parti que notre spécialité peut et doit en retirer. Ici je ferai surtout appel à mes souvenirs, car c'est su ce que j'ai vu qu'est basée ma conviction, cette conviction qui vous a fait plus d'une fois sourire, mes chers collègues, mais qui a droit à quelque bienveillance, car elle représente une expérience personnelle de douze années, enrichie de toutes les observations que j'ai pu faire auprès de mes amis de l'Italie, dans les services du regretté Soresina et de Bertarelli (de Milan).

Avant tout, je noterai la *promptitude des effets*. Il n'est pas de praticien qui n'en ait été frappé : en vingt-quatre ou trente-six heures on voit se métamorphoser la surface des lésions et la cessation des douleurs est une affaire de quelques heures. D'une façon générale on peut affirmer que le traitement tant de la maladie que de ses poussées, exige une durée de séjour beaucoup moins longue dans les hôpitaux que par les procédés classiques. Les malades n'ont pas été les derniers à s'en apercevoir. Peu portées à accepter volontiers les piqûres, les femmes de Saint-Lazare s'y refusaient parfois, et je m'étais fait une loi de ne jamais les y contraindre. Mais cette révolte ne fut pas de longue durée, car on s'aperçut vite des effets rapides de la médication. Aujourd'hui, il n'en n'est pas une qui cherche à s'y soustraire, et celles à qui je prescris simplement pilules ou frictions, s'en étonnent, s'en chagrinent. En 1892 j'exposai au Congrès de chirurgie les avantages de la pratique de Scarenzio dans le traitement d'épreuve des lésions équivoques (*Du diagnostic rapide de la syphilis dans la détermination des indications opératoires*). « Si le chirurgien,

écrivais-je, n'a pas recours à cette admirable méthode, ce n'est pas, ce ne peut pas être qu'il la condamne, c'est qu'il l'ignore... On peut la discuter comme thérapeutique de choix dans l'attaque méthodique de la syphilis traitée à loisir, au fur et à mesure de cette évolution; mais tous ces inconvénients éventuels disparaissent en face du danger d'une intervention retardée, quand s'agite le doute d'une dégénérescence maligne; toutes les objections tombent devant cette double donnée parfaitement établie : le diagnostic thérapeutique de la syphilis est clairement décidé en huit jours par l'injection de calomel; en cas d'insuccès, ce mode de traitement n'apporte aucun obstacle à l'opération nécessaire, et n'en complique en rien les suites. » A l'appui de ces conclusions, je citerai plusieurs faits de ma pratique. Un mémoire ultérieur du professeur Scarenzio a confirmé cette manière de voir aujourd'hui encore trop peu répandue.

C'est presque une banalité de faire ressortir l'énergie, l'intensité d'action du spécifique employé suivant les règles nouvelles, tous l'admettent, bien plus on en a peur, on s'en est fait une arme contre l'école de Pavie. Montrons par des exemples que cette rigueur apparente s'exerce par des modifications qui n'ont rien que de bienfaisant, et que nulle autre thérapeutique n'est en mesure de provoquer. Chacun s'accorde à considérer les frictions comme le traitement par excellence des syphilomes les plus rebelles, c'est tout au moins le plus efficace que nous aient laissé les praticiens d'hier, et c'est celui qu'on nous oppose sans cesse en nous répétant, à chaque nouveau miracle du calomel : « Le cas dont vous parlez avait-il résisté aux frictions ? » Hé bien, de tels cas fourmillent dans la littérature spéciale de ces dernières années, et s'il ne fallait que cela pour déterminer la conviction, nos contradicteurs seraient depuis longtemps réduits au silence. C'est un malade de Trieste qui depuis deux ans n'avait pu faire disparaître un psoriasis palmaire et plantaire avec de vastes plaques buccales; 70 frictions très régulièrement faites, de grandes doses d'iodure de potassium et l'usage prolongé de la décoction de Zittmann sont restés inutiles; Nicolich lui fait à la fois deux injections de 10 centigr., et 11 jours plus tard, toute trace de la maladie a disparu. Ceci se passait en 1887.

Je lis encore dans le si intéressant travail de cet auteur (*La cura della sifilide col metodo del professor Scarenzio*. Trieste, 1895), l'observation d'un homme de 30 ans qu'une seule injection délivra de plaques muqueuses du voile du palais et d'ulcérations nasales, vainement traitées depuis dix-huit mois par 40 frictions, quantité d'iodure, cautérisations, inhalations topiques de toutes sortes. Même résultat chez un malheureux garçon de 31 ans, qui après avoir perdu la moitié du gland par un chancre phagédénique, n'avait pas cessé depuis trois années de souffrir d'accidents graves et subintrants; préala-

blement le pharynx s'était couvert d'ulcérations que les cures les plus énergiques laissaient continuer et se développer, 90 frictions étaient restées sans effet; deux injections de calomel lui rendirent la santé. MM. Mendel et Wickham ont fait connaître à la *Société de dermatologie* des cas analogues qui se sont produits au grand jour de la discussion, et rien n'a pu être objecté à M. Thibierge quand il publia l'éclatant succès obtenu à Saint-Louis même, dans le service de M. Besnier, chez un malade dont le martyre durait depuis quatorze ans, malgré la thérapeutique si irréprochable de notre maître.

Je trouve dans mes notes beaucoup de faits qui peuvent être rapprochés des précédents, et dont quelques-uns figurent déjà dans les bulletins de la *Société de dermatologie*. Qu'on me permette de les envisager d'un coup d'œil rapide et général.

Les lésions cutanées ne sont pas toujours redoutables par leur étendue; il en est de très petites qui suffisent à empoisonner la vie des malades, telles les crevasses digito-palmaires, qui se cantonnant dans une région très apparente et nécessaire aux besoins de tous les instants, constituent le tourment le plus désagréable. Je fais ici allusion à des oisifs, des gens élégants et d'une hygiène particulièrement soignée. L'un d'eux s'était résigné à ce mal qu'il subissait depuis une vingtaine d'années, et qu'une seule injection devait faire disparaître. Un autre, habitant loin de Paris, et incapable d'y fournir un séjour assez prolongé pour un traitement de fond, sachant d'ailleurs que seules les injections lui réussissent, vient chaque année me demander le nombre d'injections suffisant pour le salut de ses blanches extrémités.

Il reste encore des syphilides tardives que les spécialistes connaissent bien pour leur ténacité désespérante. Quel est celui d'entre nous qui n'a pas eu à lutter contre ces éruptions soit micro-papuleuses, soit nappiformes qui cerclent de leur teinte vieux chaudron les plus jolies lèvres, car il s'agit surtout des femmes qu'une telle infirmité désole et pousse au plus noir chagrin. J'ai toujours réussi à les consoler avec le calomel; une première injection balaie complètement le champ morbide, et la guérison se consolide aisément avec les suivantes.

Les cas de lésions ulcéreuses des téguments contre lesquelles j'ai eu à intervenir sont fort nombreux. En 1891, je m'attaquai à une infiltration gommeuse qui durait à l'état serpigneux depuis quatre ans et avait complètement ravagé la région pectorale gauche, chez un peintre de 35 ans environ. Nul traitement n'avait été épargné, et quand je dirai qu'un de nos anciens présidents s'y était appliqué, tout le monde reconnaîtra qu'on ne pouvait faire mieux avec les mêmes moyens. Le succès fut le prix de quelques injections, et ne s'est pas démenti depuis six années.

Je ne puis passer sous silence le cas d'un Espagnol dont une cuisse

était depuis des mois occupée par un placard ulcéro-gommeux. C'était un dyspeptique auquel toute thérapeutique interne était interdite ; on avait fait quelques essais de traitement fort inutiles, et, en fin de compte, cet homme, jeune encore, s'était résigné à son mal. Pour en être moins incommodé, il s'était fait construire par un bandagiste un cuissard avec armatures métalliques, confortablement garni de peau à l'intérieur, et c'est dans cet accoutrement que, très sceptique, il vint se montrer à moi. Il me fut plus difficile de le convaincre que de le guérir, mais la première injection eut un tel résultat qu'il ne se fit pas prier pour la seconde, laquelle le débarrassa entièrement. Pas de récurrence depuis deux ans.

Une Américaine qui souffrait (et souffrir est ici le mot juste, car il y avait de vraies douleurs) depuis deux ans d'une infection grave maritalement contractée, me fut adressée par mon ami, le Dr Richelot, le si distingué chirurgien de Saint-Louis. Celle-là aussi avait épuisé toute thérapeutique, pour des gommages larges et creusantes qui apparaissaient incessamment sur les avant-bras, les mains, les jambes. Une seule injection fit tout cesser, je ne dis pas qu'elle suffit à guérir toute la maladie, mais une métamorphose s'était produite, que ni les pilules ni les cures répétées à Aix-la-Chapelle n'avaient soit réalisée, soit même fait espérer.

En avril 1894, je vis pour la première fois un homme de 30 ans qui m'était adressé par un chirurgien de province pour une syphilis telle qu'heureusement on n'en voit guère. Le mal avait débuté deux ans avant et s'était d'emblée accusé par des phénomènes d'une excessive gravité. Je passe sur leur description que j'aurai l'occasion de faire quelque jour en détail, et je dirai seulement qu'au moment où je le vis, ce malheureux, construit comme un athlète, et auquel on ne pouvait reprocher que son alcoolisme invétéré, avait une grande partie de la surface du corps couverte d'ulcérations suppurantes et puantes. Le front, les lèvres, n'étaient pas épargnés. C'était bien, ainsi que me l'écrivait mon confrère, une infection d'allure absolument « moyennageuse ». Je fis la première injection le 19 avril et, après la cinquième qui eut lieu le 31 juillet, je renvoyai le patient libre de toutes manifestations. Si l'année suivante des accidents reparurent, favorisés par de grands écarts d'hygiène et de conduite, le calomel ne se montra pas dépourvu d'efficacité et j'en fusse certainement venu à bout avec quelque persévérance, si par un coup de tête inexplicable, mon opéré n'eût soudainement quitté Paris et la France.

Il me semblerait inutile de parcourir le cycle des lésions muqueuses pour montrer que là encore le calomel offre d'exceptionnelles ressources. Je ne puis omettre cependant de placer en relief son action rapide et très sûre dans deux cas bien spéciaux : glossopathie et laryngopathie. En 1894 (*Bulletin médical*, p. 177), je fis à la fois,

grâce à la pratique de Scarenzio, le diagnostic et le traitement d'une manifestation linguale tellement équivoque qu'elle avait été soumise jusque là aux traitements les plus disparates : saisons sulfureuses avec frictions mercurielles à Luchon, iodure à fortes doses, pilules de sublimé, antiarthritiques de toute sorte, jusqu'au jour où, qualifié de psoriasis buccal, le mal n'avait plus été attaqué que localement. C'était une petite fissure en arc de cercle limitant une tache vernissée de la grandeur d'un franc à droite, tandis que sur le côté gauche, à une minuscule dépression en forme de capiton aboutissaient quelques craquelures en étoiles. Ce n'était presque rien, mais ce rien empoisonnait littéralement l'existence de cet homme de 34 ans, réduit aux bouillies et à la mie de pain. En deux injections, tout fut terminé. Reste toute la série des langues infiltrées, bourrées de noisettes, avec rhagades et capitons, des langues monstres, excessivement hypertrophiées, et enfin de celles qui simulent le cancer par l'ulcération, les douleurs et l'atteinte portée à la santé générale. Mêmes succès constants sur lesquels il serait monotone d'insister. En ce qui concerne le larynx, ma pratique confirme pleinement celle de Solfiantini qui vient de consacrer un intéressant travail à la guérison des syphiloses de cet organe par les procédés de son maître. Je suis toujours étonné de voir combien vite se dégorgent les infiltrats et les œdèmes spécifiques ainsi traités. Je lis dans mes notes que le 19 avril 1887 une injection est faite pour une laryngopathie secondaire ayant amené une presque complète aphonie, et que la voix était revenue presque normale le 24 avril. On comprend aisément le rôle que peut jouer une telle médication en face d'accidents qui revêtent trop souvent un caractère immédiatement menaçant.

Dire que le calomel juge parfois la *syphilose viscérale* mieux que les frictions, mieux que l'iodure, n'est point un paradoxe. Mais il faudrait de longues pages pour soutenir cette proposition quelque peu révolutionnaire, et je dois être bref, j'énumérerai seulement quelques faits. Tout le monde est à peu près d'accord pour recourir à la méthode italienne en face d'accidents cérébraux comportant l'urgence. C'est en pareil cas qu'on est quelquefois en droit de pratiquer en même temps deux injections de 10 centigrammes, je l'ai fait avec succès. Mais les chronicités troublantes et affaiblissantes, amnésies, céphalées, vertiges, excitation ou dépression, ictus atténués, aphasies bâtarde, bredouillements, et ces fourmillements des membres, tous symptômes précurseurs des catastrophes définitives, avec quelle sûreté et quelle puissance ne savons-nous pas nous en rendre maîtres. Je pourrais citer un médecin qui périodiquement vient me demander une injection pour le remettre d'aplomb, un artiste depuis plusieurs années incapable de coordonner ses idées et de commander à sa pensée, et qu'une seule piqure, la première que j'aie faite à Paris,

a mis à même de se ressaisir et de travailler. Mes collègues de la *Société de dermatologie* se rappellent peut-être l'observation de *phtisie pulmonaire* syphilitique dont je leur ai fait part à la session d'avril 1893. Cette fois, on peut le dire, la malade fut sauvée par l'injection, et j'ajouterai que trois ans plus tard, cette femme est encore vivante, malgré d'énormes destructions du parenchyme respiratoire. Nicolich se flatte d'avoir guéri un *foie* spécifiquement atteint : c'est une prouesse que je n'ai pas eu l'occasion d'accomplir mais qui ne me paraît nullement invraisemblable.

Je resterais bien incomplet si je ne mentionnais pas, ne fût-ce qu'en passant, l'action du remède héroïque contre les *ostéopathies* ; je l'ai étudié chez le syphilitique héréditaire, dans le service de mon maître le professeur Lannelongue, il y a quelque dix ans. On trouvera la relation de ces faits dans un mémoire que je publiai en 1894 dans le *Journal de clinique et de thérapeutique infantiles*.

Arrivé à la fin de ce long exposé, puis-je me flatter d'avoir fait la preuve de l'efficacité non pareille de la thérapeutique Scarenzienne ? Je voudrais pouvoir l'espérer, mais j'ai crainte d'avoir insuffisamment insisté sur *la persistance et le caractère définitif des guérisons*. J'ai à cœur d'ajouter que la plupart des malades que j'ai cités sont restés sous mon observation, et comme mes expériences sont déjà bien anciennes, les occasions de contrôle ne m'ont pas manqué. Je vois quelques-uns de mes injectés depuis dix ans et plus, et je puis témoigner de la rareté des récidives. Sans doute la maladie n'est pas abolie, mais combien sont rares ses réveils lorsque la cure a été poussée à fond ! J'insiste sur ce point : plus d'un patient se déclare satisfait d'avoir vu disparaître la manifestation sans plus songer à la maladie. C'est à nous qu'il appartient de leur montrer l'erreur, car c'est grâce à une cure très consciencieusement prolongée, par ce moyen comme par tout autre, qu'on doit poursuivre cet idéal d'éloigner indéfiniment les retours du mal redouté.

En *conclusion* de ce travail, je voudrais énoncer les principales indications de la pratique discutée aujourd'hui, car je l'ai dit, je repousse tout exclusivisme ; Rey déclare qu'il n'emploie jamais d'autre thérapeutique dans son service d'Alger ; Nicolich avoue n'avoir aucune donnée comparative pour apprécier les moyens classiques, car il n'en a jamais fait l'expérience. Je pense au contraire, que les conditions de la maladie étant variées à l'infini, telles doivent être celles des moyens que nous leur opposons, et puisque certains cas sont, à mon avis, défavorables à l'action des injections caloméliques, il faut bien trouver dans notre vieil arsenal les moyens d'en venir à bout. Il y aura toujours des malades auxquels refusant le calomel, nous donnerons avec profit pilules ou frictions.

Au contraire, je trouve des indications nécessaires et catégoriques dans certaines circonstances que je vais énumérer.

Tout d'abord le *début de la syphilis*, le chancre induré, doit être soumis au traitement mercuriel intense et précoce, ainsi que je l'ai proposé au Congrès de Rome en 1894. Rien n'est plus logique que de surprendre le mal à peine apparu, par une attaque violente, et de frapper un grand coup avant qu'il se soit emparé de tout l'organisme, et la pratique répond en nous rendant témoins de manifestations retardées, modifiées, diminuées et comme étiolées, attestant une fois de plus cette vérité que, en matière de virus, retarder c'est atténuer. Quelquefois même j'ai eu le bonheur de supprimer toute suite à l'accident primitif; à Saint-Lazare nous appelons cela le *kalomel abortif* par une hyperbole familière qui laisse la porte ouverte à toutes les espérances. On nous a reproché de sembler faire une obligation morale de l'emploi du calomel, au commencement de toute infection, ce qui est certes loin de notre pensée, la seule obligation morale qu'il y ait pour un médecin, étant de faire emploi du traitement qui lui paraît le plus efficace. Hé ! quoi, m'objecta-t-on à Lyon, celui de nous qui ne soumettrait pas un malade aux rigueurs du traitement intense et précoce, serait-il donc répréhensible ? Que répondre à de telles arguties ? Ce qu'eût répondu Ricord quand il déclarait responsable de leurs suites celui qui n'employait pas le mercure contre les chancres, ce que répondrait aussi M. le professeur Fournier peu disposé à innocenter les antimercurialistes ! Je répéterai donc ce que j'ai écrit ailleurs. Ne serait-ce pas une aberration, que de différer l'emploi du plus puissant spécifique, alors que le mal est là, constaté, menaçant, inéluctable ? Répudier la thérapeutique intense pendant l'évolution du syphilome, temporiser alors que le virus pullule déjà, c'est se résigner à une abdication dont les conséquences peuvent peser gravement sur toute la suite d'une infection que nous savons ne pas avoir de fin.

Aux périodes ultérieures, l'injection de calomel s'indique de toute évidence contre n'importe quelle *lésion sortant de l'ordinaire*, soit par sa durée, soit par sa résistance aux remèdes habituels. Petit ou grand, superficiel ou profond, qu'il soit secondaire ou tertiaire, un *accident intéré* à toujours pour critérium ce petit moyen héroïque ; j'ai assez insisté plus haut sur les exemples proposés pour n'avoir pas à appuyer davantage cette proposition ; je demande seulement qu'on la prenne dans son sens le plus large, et qu'on n'attende pas de trop longs délais pour décider de ce double attribut d'ancienneté et de ténacité. Au même titre, on demandera au calomel la résolution des reliquats qui persistent pour un temps parfois fort long et comme une menace toujours présente, à la suite d'infiltrats spécifiques ; le syphi-

lome apparent s'est affaissé, mais il faut, après avoir balayé la surface, purger à fond le sous-sol morbide de toute impureté virulente, jusqu'à ce que les tissus aient repris l'ensemble de leurs caractères normaux, leur souplesse, et, dans la mesure du possible, leur coloration. Pour accomplir cette tâche, nous voyons trop souvent s'épuiser à la longue la valeur des moyens anciens, et l'expérience a prouvé une fois de plus que la méthode nouvelle n'y faillit jamais.

Un troisième ordre d'indications est fourni par la *nécessité de guérir vite* en face d'accidents qui menacent un organe de structure délicate ou d'importance fonctionnelle primordiale : une partie quelconque des centres nerveux, les membranes de l'œil, le nerf optique, et aussi, ajouterai-je, le larynx. Pour peu que l'accident ait duré quelques jours, on peut arriver trop tard pour restituer l'intégrité de l'organe, et la thérapeutique la meilleure est, dans ce cas, la plus alerte. Sans parler des atteintes sur le cerveau et le globe oculaire à si juste titre redoutées, même sous leur forme les plus vagues, je pourrais citer des artistes dont la carrière a été soudainement interrompue par une laryngopathie insignifiante, une minime ulcération des cordes vocales, trop lentement modifiée par une médication paresseuse. Je me bornerai à rappeler ici tous les cas dans lesquels le diagnostic fait attendre le bistouri, j'ai suffisamment insisté sur le secours que le chirurgien trouvait alors dans le calomel, pour revenir sur ce point. Mais il est une occasion d'urgence que je veux indiquer. Un syphilitique vient nous annoncer son mariage, et nous lui montrons inutilement toute l'infamie de sa conduite, il est décidé à passer outre. Après avoir prononcé notre interdiction, et formulé toutes réserves, pouvons-nous refuser de traiter ce misérable, non pour lui, mais par intérêt pour l'innocente en péril, et dans cette conjoncture, pouvons-nous employer une autre thérapeutique que la plus puissante et la plus prompte ?

J'engloberai dans un dernier groupe tous les sujets qui pour une raison quelconque sont réfractaires au traitement habituel : les dyspeptiques qui ne peuvent tolérer les pilules, les eczémateux dont le tégument s'irrite aux frictions.

Qu'il soit bien entendu d'ailleurs qu'en indiquant les cas où le protochlorure s'impose, je me garde de le prétendre contre-indiqué dans les autres. Je n'ai même pas eu l'intention d'exposer toutes les occasions dans lesquelles j'en fais usage, car ma pratique hospitalière (pour cet emploi spécial, chez les prostituées, notre calomel présente des avantages exceptionnels) ne diffère guère de celle de certains exclusifs. Non, tel n'a pas été mon but. Repoussant tout parti pris, restreignant au minimum les préceptes de la jeune thérapeutique ramenés à quelques propositions difficilement réfutables, j'ai voulu mon-

trer que dans la pratique il y avait place pour tout effort sincère et qu'il n'était pas impossible de trouver un terrain de conciliation entre le passé et l'avenir.

M. A. RENAULT. — L'efficacité et la solidité du traitement sont les deux qualités qu'on reconnaît à la méthode des injections: Mais elle a aussi ses dangers: la fréquence et la gravité de la stomatite, l'intoxication. Ce n'est donc qu'une méthode d'exception dont il faut rechercher les indications et les contre-indications.

M. Gastou. — En compulsant 39 observations du service de M. le professeur Fournier, recueillies avec soin par MM. Keim, interne, Ramond et Chardin, externes du service, on arrive aux résultats suivants:

1° Sur 39 malades, 25 atteints de syphilis grave: soit par la malignité d'accidents précoces, soit par la gravité d'accidents tertiaires ou généralisés, ont guéri entre la troisième et huitième injection de calomel de 0,05; 14 atteints de syphilis nerveuse, n'ont pas éprouvé, malgré des injections multiples, d'amélioration manifeste.

2° Sur un total de 245 injections, il n'y a jamais eu d'abcès, 6 fois seulement la stomatite a nécessité l'arrêt du traitement. Chez la moitié des malades seulement la douleur a été très vive, dans la plupart des cas, les injections ont été bien supportées, à condition d'être faites profondément dans la partie la plus saillante de la fesse avec les soins d'antisepsie habituels.

3° La douleur variable d'un sujet à l'autre, d'une injection à la suivante chez le même sujet, semble dépendre, étant donnée la même technique: dans la majorité des cas, d'une prédisposition individuelle non encore déterminée; quelquefois de la nature du liquide injecté. Cette cause de douleur est inconstante, puisque la même solution servant à des malades différents et injectée aux mêmes points provoque chez les uns une douleur très vive, chez d'autres à peine une sensation de gêne passagère.

4° Le bain pris immédiatement dans l'heure qui suit l'injection semble diminuer considérablement ou empêcher les phénomènes douloureux.

M. FEULARD. — Je me permets seulement de constater, me réservant de revenir sur ce sujet plus longuement à la prochaine séance, que la question en discussion a fait un singulier chemin depuis le jour où j'ai fait ma communication à la séance de novembre dernier. Ce jour-là on me contesta les résultats que j'annonçais, absence d'abcès, insignifiance presque constante des nodi; quant à la stomatite, je crois que nous sommes tous d'accord pour convenir qu'elle n'est pas inhérente à la méthode; pour ma part d'ailleurs je ne l'ai pas observée avec les injections de 5 centigrammes suffisamment espacées. Et voilà que maintenant il n'est plus question d'abcès et les nodi ne paraissent plus guère en cause eux aussi. Reste donc la douleur qui, comme je le disais, est le gros inconvénient, le seul réel on pourrait dire, de la méthode. Mais cette douleur, très variable d'ailleurs, n'empêche pas la plupart des sujets (je parle du moins de mes malades) de continuer le traitement. C'est à l'éviter s'il est possible que

doivent tendre tous nos efforts ; je crains malheureusement que nous ne puissions réussir, car il s'agit d'une douleur tardive en relation certainement avec une transformation chimique du médicament.

M. ABADIE. — Je crois qu'il vaut mieux injecter les sels *solubles*. Mais si l'on emploie l'huile grise ou le calomel, il me semble rationnel de fractionner les doses : une injection de 1 à 2 centigrammes répétée tous les deux jours sera mieux supportée qu'une injection unique de 5 centigrammes. On objecte que la répétition des injections est un grave inconvénient et que peu de malades se résoudront à venir tous les deux jours chez leur médecin pendant des mois et des années. J'emploie le cyanure d'hydrargyre au centième associé à la cocaïne. La technique est si simple, surtout depuis l'introduction dans la pratique des aiguilles en platine iridié qui peuvent être flambées sans s'émousser, que le malade lui-même ou une personne de son entourage immédiat peut faire l'injection sans qu'il en résulte de danger. Une notion qu'il ne faut jamais oublier, c'est qu'au début d'une syphilis, on ne sait pas si celle-ci deviendra grave ou non. Il faut donc dès l'origine se comporter comme si la syphilis était sûrement maligne. En résumé, il faut faire les injections *dès le début*, et fractionner les doses.

M. FEULARD. — Je crois, comme M. Abadie, qu'il faut faire les injections dès le début. Mais la douleur apparaît déjà avec une dose de 2 centigrammes, comme cela ressort des essais qui ont été faits dans le service de M. Besnier.

M. THIBERGE. — Le grand avantage des injections insolubles est qu'elles se font à intervalles *éloignés*. Avec les injections de sels solubles, on est obligé de répéter trop fréquemment cette petite opération, et peu de malades, pour des raisons diverses, sont en état de s'y soumettre.

M. BARTHÉLEMY. — Le grand mérite de la méthode, c'est que les injections intra-musculaires et profondes de préparations insolubles ne peuvent être pratiquées qu'une fois par semaine. Pour les injections solubles, soit sous-cutanées, soit profondes, je préfère la préparation de bi-iodure d'Hy. à la dose d'un centigramme par gramme d'huile stérilisée ; elle est indolente et bien tolérée, mais elle a l'inconvénient de faire revenir les malades tous les deux jours.

M. FOURNIER. — Il faut distinguer deux sortes de douleurs après l'injection : celle qui est immédiate et celle qui n'apparaît que le lendemain, le deuxième ou le troisième jour. Chez un malade que je traite avec M. Portalier la douleur immédiate fut effroyable. On a dit qu'il fallait employer le mercure avec une grande réserve quand les urines sont albumineuses, c'est une erreur. Le traitement hydrargyrique s'impose chaque fois que l'albuminurie paraît être d'origine syphilitique.

M. MAURIAC. — On obtient de très bons résultats par l'iodure de potassium dans la syphilis rénale.

M. BARTHÉLEMY. — Il ne faut pas administrer le mercure dans tous les

cas d'albuminurie chez les syphilitiques. Il doit l'être si l'albuminurie est causée par la syphilis. Il faut s'abstenir quand l'albuminurie relève d'une altération du rein et non syphilitique, telle que la néphrite interstitielle. J'ai vu le calomel à la dose de 50 centigrammes pour l'estomac causer, dans ces cas, une stomatite intense. Ce fait doit rendre prudent pour les injections à haute dose.

Présentation d'ampoules de verres contenant le liquide à injecter.

Par M. WICKHAM.

Ces ampoules, fabriquées par M. Cavaillès, sont stérilisées avant d'être livrées. Elles contiennent 0,10 centigrammes et demi de calomel pour un centimètre cube. Le demi-centigramme constitue un excédent pour remplacer le calomel qui reste attaché aux parois des verres.

Ces ampoules ne servent que pour une injection. Pour l'emploi on agite fortement le liquide, le calomel étant alors en suspension on brise une des extrémités de l'ampoule après flambage. On introduit par l'ouverture ainsi faite à l'extrémité de l'aiguille à injection stérilisée et on aspire lentement le liquide. On réalise ainsi une antiseptie rigoureuse.

Le secrétaire,

E. JEANSELME



SÉANCE DU 15 FÉVRIER 1896

Présidence de M. Ernest Besnier.

SOMMAIRE. — A propos du procès-verbal : M. BARTHÉLEMY. — Synovites syphilitiques, par M. DU CASTEL. (Discussion : MM. E. BESNIER, L. JACQUET.) — Ulcération chancriforme du sein, par M. E. BESNIER. (Discussion MM. A. FOURNIER, BARTHÉLEMY.) — Sur un cas de dermatite exfoliante hydrargyrique, par M. A. FOURNIER. — Sur un cas d'urticaire avec pigmentation, par MM. TENNESON et LEBEDDE. (Discussion : MM. FEULARD, E. BESNIER, BROCC.) — Chancres mou de la langue, par MM. EMERY et SABOURAUD. (Discussion : MM. A. FOURNIER, JULLIEN.) — Un cas de leucoplasie buccale, par M. JULLIEN. (Discussion : MM. A. FOURNIER, BROCC, GAUCHER, DE LAVARENNE et E. BESNIER.) — Sur un cas de lèpre avec granulomes lépreux miliaires généralisés, etc., par MM. GAUCHER et BENSAUDE. — Traitement de la blennorrhagie par l'airol, par MM. LEQUEU et LÉVY. — Pleurésie syphilitique du stade roséolique, par MM. A. SPILMANN et ETIENNE. — Sur une dermatite pustuleuse multiforme à poussées successives, par MM. HALLOPEAU et PRIEUR.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

M. BARTHÉLEMY. — Relativement aux *ulcères annamites*, je rappelle un mémoire de notre collègue, le Dr Petit, sur la bactériologie de ces lésions, publié dans les *Annales de médecine navale*. Bien que paru il y a quelques années et relatant surtout des associations microbiennes, ce travail est encore intéressant à consulter aujourd'hui.

Relativement aux faits de *rétrécissement mitral* observé chez des sujets hérédo-syphilitiques, je demande à signaler deux faits qui s'y rapportent, vus par moi sur des jeunes femmes n'ayant jamais eu auparavant de rhumatisme : l'une, fille de médecin, âgée de 27 ans, épouse d'un mari syphilitisé quatre ans auparavant et mère d'un enfant né avec des syphilides. Je n'ai jamais observé sur cette malade de signes de syphilis acquise autrement que par le fœtus ; il me semble qu'il s'agit là d'un de ces faits de *syphilis conceptionnelle latente* sur la réalité desquels j'ai cru pouvoir être affirmatif (Congrès de Paris, 1889), mais qui ont été mis récemment, peut-être hâtivement, en doute par nos confrères de Belgique. Quoi qu'il en soit, cette jeune femme fut atteinte, dans l'année qui suivit la naissance et la mort de son enfant syphilitique, d'un rétrécissement mitral qui persiste encore depuis plusieurs années.

Synovites syphilitiques.**Par M. DU CASTEL.**

Le malade que j'ai l'honneur de vous présenter, est un homme de 37 ans, venu à la consultation de l'hôpital pour la première fois, au mois de novembre dernier. Il présentait à cette époque sur les jambes, des cicatrices lisses et pigmentées, d'aspect syphilitique; ces cicatrices correspondaient à une éruption s'étant montrée depuis deux ans. En même temps, il existait une périostite gommeuse du tibia. Le malade raconte du reste, avoir eu, il y a quinze ans au régiment, une syphilide tuberculeuse. Le traitement mixte iodo-hydrargyrique a amené une amélioration rapide de la périostite gommeuse. Tout ceci n'a, jusqu'à présent, rien que de bien ordinaire. Le point sur lequel je désire appeler votre attention est tout autre : Depuis huit ans, le malade est atteint d'une synovite bilatérale, de toutes les synoviales dorsales du poignet. Le développement des synoviales est aujourd'hui encore considérable; sur la face dorsale de la main, sur la partie inférieure de l'avant-bras, existe toute une série de tumeurs du volume d'une grosse pomme d'api; ces tumeurs sont nettement globuleuses, indolentes, fluctuantes; il n'y a pas de crépitation. Les tumeurs que vous voyez actuellement sont beaucoup moins considérables que celles que j'observai la première fois que je vis le malade, avant de le soumettre au traitement iodo-hydrargyrique : depuis lors, il y a eu diminution de moitié environ.

En voyant le résultat rapide et intense de traitement sur la lésion des gaines synoviales du poignet, je suis bien porté à admettre que la syphilis est intervenue dans la production de cette lésion. Le malade est distillateur, fatigue beaucoup les poignets et cette fatigue habituelle explique la localisation des lésions sur le poignet; mais ne peut-on dire que les choses se sont passées ici comme elles se passent maintes fois dans les accidents tardifs de la syphilis, où si souvent le traumatisme et la syphilis s'associent pour provoquer la production et la localisation de la lésion. Je n'irai pas jusqu'à affirmer absolument la nature syphilitique des lésions que je vous montre; mais il me semble difficile de ne pas être impressionné par l'amélioration rapide que le traitement iodo-hydrargyrique a produit dans les synovites dont notre malade était atteint depuis de longues années.

M. E. BESNIER. — Le malade de M. Du Castel me rappelle un cas tout semblable en tant que localisations synoviales et aspect extérieur des lésions; or, ce malade, rinceur de bouteilles, lui aussi, n'était pas syphilitique, mais bien tuberculeux; il était atteint de lupus du nez, des joues et des oreilles. Les synovites syphilitiques sont, je crois, bien rares, et en tout cas, bien mal connues; il serait donc à désirer que le cas de M. Du Castel fût conservé par le moulage.

M. L. JACQUET. — J'ai conservé un souvenir très précis du malade auquel M. Besnier vient de faire allusion et dont j'ai recueilli l'observation moi-même, alors que j'avais l'honneur d'être son interne. Chez cet homme, j'ai noté la crépitation spéciale aux synovites à grains riziformes dont on a justement démontré l'origine tuberculeuse. Or, ce symptôme fait défaut chez le malade de M. Du Castel et peut-être cela pourrait-il, en d'autres cas, servir à *diriger* le diagnostic étiologique.

Ulcération chancriforme du sein.

Par M. E. BESNIER.

Voici une femme qui arrive à l'instant et que je présente « pour le diagnostic ». Elle est accouchée il y a quatorze jours, son enfant est sain, et elle porte au mamelon gauche, une ulcération chancriforme dont le début a coïncidé avec une « gerçure » produite au moment du premier allaitement. L'induration est douteuse ; le ganglion satellite médiocrement accusé ; la malade dit son mari sain, et semble elle-même hors de soupçon.

Je prie mes collègues d'examiner le cas et de donner leur avis.
(L'observation sera continuée.)

M. A. FOURNIER. — Cette lésion peut être un chancre, mais cela n'est pas certain, la couleur, notamment, est moins foncée que celle du chancre infectant typique. En tout cas, la question principale à débattre ici est celle de l'allaitement. Il est clair que le diagnostic restant en suspens, on ne peut exposer l'enfant à une contamination possible. D'autre part, comme il peut être déjà contaminé en *puissance*, on ne saurait sans danger le confier à une nourrice étrangère ; si donc on recule devant l'allaitement artificiel, il n'y a qu'une solution, le *petit chien*, et elle peut être parfaitement utilisée ici. Un chien nouveau-né tettera à merveille le sein gauche malade, l'enfant tettera le sein droit, et quand le diagnostic sera fixé, c'est-à-dire d'ici deux semaines environ, l'allaitement bilatéral reprendra son cours. J'ai déjà employé plusieurs fois ce moyen qui réussit à souhait.

M. BARTHÉLEMY. — La lésion qui nous est présentée par la malade de M. Besnier est-elle un chancre syphilitique ? C'est probable, mais ce n'est pas certain ; c'est un fait qui n'impose pas le diagnostic à première vue ; au contraire, dans un cas que j'ai observé, le chancre du sein était on ne peut plus caractéristique. Il était survenu chez une nourrice entrée dans la famille avec toutes les apparences d'une santé parfaite, mais en état d'incubation de syphilis. Quand la lésion apparut au sein une quinzaine de jours après l'allaitement, elle fut méconnue dans sa nature et prise pour une crevasse infectée par des microbes vulgaires. La persistance et le développement du mal amenèrent à soupçonner la malignité ; mais

quand l'enfant me fut amené pour la première fois, il y avait un mois qu'il était un chancre syphilitique. L'enfant était très beau, très fort, né de parents sains ; il ne présentait aucune érosion, aucune desquamation aux lèvres ; ce qui explique qu'il ait complètement échappé à la contagion.

Sur un cas de dermatite exfoliante d'origine mercurielle.

Par M. A. FOURNIER.

Vous vous rappelez sans doute, Messieurs, le malade que je vous présentais à l'une des précédentes séances, comme atteint d'une érythrodermie exfoliante, d'origine vraisemblablement mercurielle. Ce qui n'était alors qu'une hypothèse plausible est aujourd'hui un fait démontré : d'une part, la dermatose s'est rapidement éteinte, le malade ayant été soustrait au milieu toxique ; d'autre part, l'analyse des urines a révélé à M. Cathelineau la présence d'une quantité très notable de mercure. Nul doute en conséquence qu'il ne se soit agi là d'une hydrargyrie professionnelle.

Sur un cas d'urticaire avec pigmentation (urticaire pigmentaire à début tardif probable).

Par MM. TENNESON et LEREDDE.

Quand une affection nouvelle a été constituée par le rapprochement de certains faits cliniques, il est possible, surtout si sa description fondée sur un petit nombre de cas est très précise, trop arrêtée peut-être dans ses détails, d'observer dans la suite des malades qui ne peuvent rentrer dans les limites étroites de la description originelle. Faut-il constituer une maladie nouvelle, ou n'est-il pas plus sage d'élargir le cadre morbide déjà établi en faisant observer, si l'on veut, qu'il s'agit de cas atypiques ?

L'urticaire pigmentaire est une de ces affections dont la description très précise est fondée sur un petit nombre d'exemples. Elle survient au début de l'enfance, se prolonge pendant des années ; les poussées urticariennes sont multiples, il existe un état dermographique persistant.

Que l'on ait maintenant affaire à un malade qui présente une pigmentation cutanée semblable à celle de la maladie de Nettleship moins généralisée toutefois, survenue après une seule poussée urticarienne à l'âge de dix ans, et on hésitera à parler d'urticaire pigmen-

taire. Et cependant M. Besnier, déjà croit avoir observé deux cas chez l'adulte; il rappelle que Paul Raymond, dans sa thèse cite les faits de Wallace Beatty et de Kaposi comme survenus chez des adolescents.

Ces faits n'ont pas été suivis d'examen histologique. Il y avait le plus grand intérêt à pouvoir le pratiquer: les lésions de l'urticaire pigmentaire sont des plus caractéristiques, telles qu'elles ont été établies par Unna.

Eugène G..., 10 ans. Enfant pâle, délicat; asymétrie crânienne, écartement des pavillons auriculaires. Angines fréquentes, bronchites. A l'âge de 5 ans, il a présenté pendant trois semaines une dermatose que le médecin traitant a appelée urticaire.

Dans les premiers jours du mois d'octobre 1895 il se plaignait de démangeaisons généralisées; on constata des lésions analogues à des piqûres d'ortie, elles furent très fugaces. Dès le début la mère remarqua l'existence de taches pigmentaires sur le cou et les mains. L'éruption ortiée disparut, mais les taches s'étendirent à une grande partie du corps; au bout de quelques jours encore, aucune nouvelle n'apparut.

La seule modification que l'on puisse signaler depuis cette période est l'accroissement de la pigmentation. Les taches sont devenues de plus en plus foncées. Le prurit a persisté et s'est même accru.

État actuel des lésions cutanées (février 1896). — La face est tout à fait respectée.

Le cou est recouvert de macules arrondies ou ovalaires, quelques-unes allongées dans le sens vertical, non confluentes. Leur couleur est celle du café au lait très foncé. Elles n'ont généralement pas un centimètre de diamètre.

Des macules aussi foncées, également serrées les unes près des autres, recouvrent symétriquement la face antérieure des aisselles, les faces interne et antérieure des bras, la face antérieure de l'avant-bras, les régions inguinales, la face interne des cuisses, la verge et les creux poplités.

Sur le tronc et la face d'extension des membres, on trouve de nombreuses taches, beaucoup moins visibles, beaucoup moins pigmentées. L'éruption présente donc un caractère de diffusion très net; elle ne respecte en dehors de la face, que les mains, les jambes et les pieds.

On ne peut par aucun procédé provoquer de dermographisme. Il n'existe sur les corps aucune trace de lésions érythémateuses: les muqueuses sont absolument saines; il existe quelques très petits ganglions inguinaux, tels qu'on peut les constater chez un enfant normal.

Quel diagnostic peut-on porter?

Il n'existe chez cet enfant aucune trace de syphilis: le dessin de la pigmentation au cou n'est du reste pas celui de la syphilide pigmentaire. L'urticaire initial, le prurit persistant permettent encore d'éloigner toute hypothèse de vérole.

Pour confirmer l'hypothèse d'urticaire pigmentaire à début tardif, une biopsie fut faite sur la face antérieure de l'avant-bras. Fixation par le sublimé acétique. Inclusion dans la paraffine. Coloration dans la thionine, l'hématéine, etc.

Étude histologique. — La simplicité des lésions permet de condenser leur description en quelques lignes. Elles sont assez peu accusées pour n'apparaître qu'à un fort grossissement.

L'épiderme ne présente aucune altération. Mais dans le derme, le long des vaisseaux sanguins dilatés, on constate un nombre anormal de cellules qui forment de très petits amas lorsque la coupe atteint les cavités sanguines normalement à leur direction.

Ces amas comprennent des cellules dues à la multiplication des cellules fixes et en grand nombre des mastzellen. Celles-ci ont tantôt un aspect ramifié avec de longs prolongements, tantôt elles sont fusiformes, ces dernières sont toujours les plus voisines du vaisseau. On n'en rencontre que peu de cubiques. Leur noyau est colorable, clair et de forme ovale : les granulations basophiles sont plus ou moins serrées, mais toujours régulièrement disposées en mosaïque.

Ces mastzellen sont très nombreuses, mais généralement en voie d'atrophie dans la zone vasculaire qui entoure les follicules pileux. A distance des vaisseaux elles sont peu nombreuses. Mais le fait important est leur grande rareté dans les papilles un peu élargies, alors que dans le réseau sous-papillaire elles sont abondamment semées.

Par contre, dans les papilles on trouve parfois en très grand nombre des cellules qui ont exactement les dimensions et la forme des mastzellen, comme elles fusiformes sur le bord des vaisseaux ; ramifiées, à longs prolongements multiples plus en dehors. La seule différence est qu'elles sont infiltrées non de granulations basophiles mais de granulations pigmentaires d'une couleur ocre sur les coupes montées directement dans la glycérine. Ce sont des cellules pigmentaires telles qu'on les trouve en abondance dans beaucoup de lésions dermiques. Leur noyau est ovalaire et a exactement les caractères de celui des mastzellen.

Il est très rare d'observer du pigment dans la couche épidermique basale, et on ne peut hésiter à rattacher la couleur des plaques à l'agglomération de cellules pigmentaires dans les papilles.

L'étude du sang a été faite. Nous n'avons pas trouvé comme il est de règle de mastzellen en circulation. Sur 100 globules blancs, 51 ont le type mononucléaire et lymphocytaire, 47 polynucléaires ; 4 éosinophiles (ce dernier chiffre est normal chez l'enfant).

Les faits histologiques confirment l'hypothèse diagnostique émise.

Sans doute on ne trouve pas au microscope cette agglomération excessive de mastzellen devenues cubiques par pression réciproque, qui a tellement frappé les observateurs dans les cas typiques. Mais l'infiltration de mastzellen est considérable autour des vaisseaux, et on ne peut relever d'autre lésion cutanée appartenant à un processus

différent ; en particulier il n'y a aucune trace de lésion qui pourrait être due à la syphilis.

L'absence de pigmentation épidermique a été déjà relevée dans l'urticaire pigmentaire typique ; dans l'observation de Raymond comme chez notre malade, la couleur des plaques est due aux cellules à grains ocre comprises dans les papilles. (V. la planche qui termine la thèse de cet auteur.)

Toutes les différences qui séparent la maladie de Nettleship dans sa forme classique et l'observation actuelle sont en résumé de même sens, et si l'on veut nous permettre l'expression, ce sont seulement des différences quantitatives, des différences d'intensité. La poussée urticariennes a été unique, elle a été peu violente, les lésions qu'elle a déterminées sont discrètes, nous trouvons des *platzellen* nombreuses mais non confluentes. Aussi ne croyons-nous pas dépasser les bornes de l'induction permise en intitulant notre observation : urticaire pigmentée atrophique. Nous espérons que la relation de faits intermédiaires de faits d'union, débutant à un âge moins avancé, laissant des lésions plus intenses, prouvera le bien fondé de notre hypothèse.

M. FEULARD. — Il me semble que dans les cas d'urticaire pigmentée vraie que nous avons déjà vus, je parle surtout d'un premier cas observé il y a plus de dix ans par mon maître, M. Vidal et moi, et qui fut je crois le premier publié en France (*Ann. de dermatologie*, 1885, p. 155, Moulage du musée, n° 945) et d'un autre cas longtemps suivi dans le service de M. le professeur Fournier et dont l'observation figure tout au long dans le travail de M. Paul Raymond, la nuance des éléments éruptifs étaient plutôt couleur lie de vin, vieux rouge, que dans le cas présent où elle est franchement marron ; de plus, au niveau des éléments éruptifs la peau était comme plissée ou mieux comme gaufrée ; et les moindres frictions amenaient rapidement la turgescence et la coloration franchement rouge de quelques-uns de ces éléments.

M. E. BESNIER. — Il n'est pas niable qu'il n'y ait eu ici une phase urticarienne prurigineuse ; on ne peut éviter d'en tenir compte. D'autre part, l'urticaire pigmentée est une affection trop mal connue encore pour que nous puissions nier les faits comme celui-ci, sorte d'intermédiaire peut-être entre l'urticaire pigmentée infantile et l'urticaire des adultes.

M. BROcq. — J'ai vu chez l'adulte des urticaires laisser des taches pigmentaires assez analogues à celles que présente cet enfant.

Il ne s'agit pas ici du type morbide pur décrit sous le nom d'urticaire pigmentaire. Mais ne s'agit-il pas d'un fait analogue à ceux que j'ai vus chez les adultes ? C'est ce que je croirais assez volontiers.

Chancre mou de la langue.

Par MM. EMERY et SABOURAUD.

M. A..., âgé de 25 ans, découpeur sur métaux.

Ce malade présente comme antécédents une blennorrhagie contractée en 1891. En 1893, il prit la syphilis. La spécificité du chancre qu'il présentait à la verge fut confirmée par l'apparition d'une roséole et de plaques muqueuses buccales. Depuis cette époque, aucun nouvel accident syphilitique ne survint dans la bouche non plus que sur aucun autre point du corps. Quelques ganglions axillaires et inguinaux, petits, durs et indolents sont les seuls vestiges subsistants de cette syphilis.

Depuis six ans environ, ce malade présente une particularité intéressante dans l'espèce. Chaque année, et à peu près à la même époque, sans cause d'appel apparente, survient sur sa langue une explosion de petites ulcérations grisâtres très douloureuses. Elles guérissent rapidement sans traitement.

Le malade ne présente aucun phénomène de tuberculose pulmonaire ni laryngée.

4 janvier. Le malade a des rapports avec une femme de rencontre. Il pratique le coït et le baiser vulvaire.

Une semaine après environ, il constate la présence d'une petite ulcération sur le bord libre du prépuce. Cette première ulcération est suivie, dès le lendemain, de deux autres lésions semblables situées côte à côte près de la première, et d'une troisième située sur le raphé postérieur du fourreau à 4 centim. de la naissance du scrotum.

Ces ulcérations s'accompagnent d'une adénopathie inguinale double très douloureuse.

Au même moment, le malade remarque sur la face dorsale de la pointe de la langue une petite fissure, large de 1 millim. environ, dirigée dans le sens antéro-postérieur. Cette fissure est rouge, non saignante et nullement douloureuse.

Le mardi 14, le malade vient consulter M. le professeur Fournier pour ses ulcérations de la verge et de la bouche qui prennent une extension croissante.

A son entrée dans le service, on constate sur la verge la présence de quatre ulcérations présentant les caractères typiques du chancre mou. Deux bubons en voie de ramollissement, très douloureux à la pression, se trouvent l'un dans l'aîne droite et l'autre dans l'aîne gauche. A la langue, on constate une ulcération siégeant sur la face dorsale de la pointe à droite du sillon médian.

Cette ulcération, de forme irrégulièrement arrondie, a environ 6 à 7 millim. de diamètre.

Les contours très nets tranchent sur le fond rosé de la muqueuse voisine absolument saine. Ils présentent quelques sinuosités, et, à la partie postérieure, un petit prolongement dans les tissus sains qui donne à cette lésion la configuration d'une ulcération en raquette.

Les bords sont d'un rouge vif, légèrement surélevés, sans induration appréciable. Ils sont taillés en biseau et décollés du fond de la plaie.

Celui-ci est recouvert d'un enduit pultacé blanc grisâtre, d'apparence diptéroïde. Cette concrétion peu adhérente s'enlève facilement par un léger grattage et la lésion apparaît alors unie et de coloration gris rosé, sans saignement. Cette ulcération ne provoque aucune douleur spontanée. Seule, l'irritation provoquée par les aliments incommode le malade. Celui-ci ne présente rien d'autre sur la langue, si ce n'est une petite plaque lisse, décapillée, de la dimension d'une petite lentille, située dans le voisinage de l'ulcération, et sans caractères propres d'ailleurs.

On ne trouve aucune lésion dans le reste de la cavité buccale ni sur les parois du pharynx.

Les dents sont en mauvais état, beaucoup ne sont plus que des chicots, mais on ne constate aucune lésion de la muqueuse à leurs points de contact; elles ne provoquent aucune souffrance.

Les ganglions sous-maxillaires sont gonflés et douloureux à droite. Ils ont à ce moment la grosseur d'une noisette environ.

L'évolution ganglionnaire est rapide à la région inguinale et surtout à la région sous-maxillaire.

Deux jours après l'entrée du malade à l'hôpital, le jeudi, l'adénopathie sous-maxillaire ne forme plus qu'une seule masse qui tend à se ramollir en son centre. Le samedi, elle est devenue une grosse tumeur fluctuante, de couleur violacée, et du volume d'une mandarine. Sa palpation réveille de vives douleurs. Quoiqu'avec de moindres proportions, le bubon inguinal gauche suit la même évolution. Dans l'aîne droite, les tumeurs ganglionnaires se résorbent.

Mercredi 15. Dès le lendemain de l'entrée du malade on pratique une inoculation dans la région deltoïdienne du bras gauche, avec de la substance grattée sur les bords de l'ulcération linguale. Vingt-quatre heures après cette inoculation, on constate sur le bras la présence d'une petite ulcération creuse, putriforme, recouverte d'une croûte. M. le professeur Fournier reconnaît à cette lésion les caractères de l'inoculation du chancre mou.

La cicatrisation de ce chancre inoculé est rapide; après une période d'accroissement en profondeur et en surface de deux jours, la plaie se dessèche et se répare. En huit jours, son évolution est terminée.

Une deuxième inoculation est pratiquée dans les mêmes conditions le samedi suivant, au bras droit.

Les caractères de cette seconde inoculation sont identiques à ceux de la première. Elle se montre cependant moins extensive; en cinq jours, sa cicatrisation est complète.

La recherche du bacille de Ducrey dans les concrétions et dans les parois de la plaie linguale, faite par M. le Dr Sabouraud, chef de laboratoire du service, lui donne dès ce moment des résultats positifs.

Samedi 24. On ponctionne les bubons sous-maxillaires et inguinaux. L'analyse à laquelle M. le Dr Sabouraud soumet comparativement les pus des deux abcès, fournit de nouvelles preuves en faveur du diagnostic de chancre mou de la verge et de la langue.

A la suite de cette ponction, les tumeurs ganglionnaires tendent à se résorber rapidement. Le bubon sous-maxillaire diminue rapidement de volume, la peau reprend sa coloration normale, et il ne subsiste au bout de quelques jours qu'une petite masse indurée de la grosseur d'une noix.

Le bubon inguinal se résorbe moins vite. Une incision est nécessaire le 26. On retire environ une cuillerée à café d'un pus de couleur chocolat mélangé de sang.

Le processus réparatif du chancre lingual n'est pas moins rapide. Dès le 26, c'est-à-dire douze jours après l'entrée du malade, l'ulcération s'est modifiée. Elle diminue d'étendue et de profondeur. Son fond se déterge, le léger relief des bords a disparu.

Les chancres de la verge suivent également un processus de réparation rapide.

13 février. Lors de la présentation du malade à la Société de dermatologie, les chancres de la verge sont complètement cicatrisés, les bubons ont disparu, et il ne reste plus de l'ulcération qu'une petite tache lisse et opaline qui permet à peine de le distinguer sur le fond rosé de la muqueuse linguale.

Le traitement employé a été le pansement à l'iodoforme des chancres de la verge, et les lavages antiseptiques de la bouche.

Étude bactériologique, par M. SABOURAUD. — L'histoire microbienne des lésions chancreuses de ce malade est pleine d'intérêt.

Car dans l'ulcération de la langue comme dans celle de la verge nous avons rencontré le bacille de Ducrey-Unna, en quantité, tandis que le pus de l'un et de l'autre bubon n'a montré aucune forme microbienne quelconque.

Trois faits sont donc remarquables ici :

I. — La simultanéité, la parité objective et l'identité de marche des deux lésions à la verge et à la langue.

Mêmes ulcérations de même date, de même aspect, de même allure, prouvées l'une et l'autre par la même inoculation expérimentale positive, et ayant donné lieu l'une et l'autre, à un bubon suppuré dans le même laps de temps.

II. — La preuve bactériologique facile dans l'une et dans l'autre ulcération par la recherche positive du microbe sous ses deux formes désormais classiques du bacille libre à bouts arrondis dans le pus liquide (Ducrey) et du bacille en chaîne dans la paroi non encore nécrosée (Unna).

III. — Enfin le fait aussi remarquable de deux abcès ganglionnaires, abcès chauds, formés et ouverts en dix à douze jours, contenant un pus qui se montre rigoureusement amicrobien au microscope et à la culture.

La culture négative écartant toute hypothèse d'un abcès d'infection secondaire.

L'examen microscopique négatif montrant la disparition excessivement rapide du micro-organisme causal.

Ce dernier fait doit être rapproché d'un cas presque semblable aux nôtres et publié récemment ici par M. Gaucher.

Le pus d'un abcès chaud ganglionnaire de l'aîne, consécutif à une

blennorrhagie à gonocoques, n'avait montré ni le gonocoque ni aucun microbe et ses cultures étaient demeurées stériles.

M. Gaucher semblait en induire un doute sur la spécificité du gonocoque. Dans le pus blennorrhagique et dans le bubon secondaire pourraient exister le microbe spécifique de la blennorrhagie, inconnu et incolorable, et le gonocoque qui serait un organisme banal du pus urétral.

Les deux faits que nous publions pourraient donner lieu à une interprétation semblable. On pourrait dire que le bacille de Ducrey-Unna n'est pas le bacille du chancre mou, malgré sa constance dans cette lésion, et que le micro-organisme inconnu et incolorable qui en est cause, existe peut-être dans le chancre et dans le bubon sans que nous puissions l'y démontrer.

Nous préférons, pour expliquer ces faits, les identifier à des faits de même ordre qui sont indiscutables et établis. Car il y a plusieurs maladies microbiennes, la morve en particulier, dans lesquelles les abcès spécifiques souvent ne contiennent plus de microbes colorables lorsqu'ils s'ouvrent à l'extérieur. Et nous croyons que le bacille causal du chancre et du bubon disparaît de l'ulcération quand elle se déterge et de l'abcès quand il arrive à s'ouvrir.

M. FOURNIER. — C'est là, je pense, le premier exemple démontré de chancre simple de la langue. Sa bénignité est à noter et à rapprocher de celle des chancres céphaliques. Les expériences de Nadaud ont montré, il y a longtemps, que le chancre mou est inoculable à la face, mais qu'il *y prend mal* et que les ulcérations se cicatrisent rapidement.

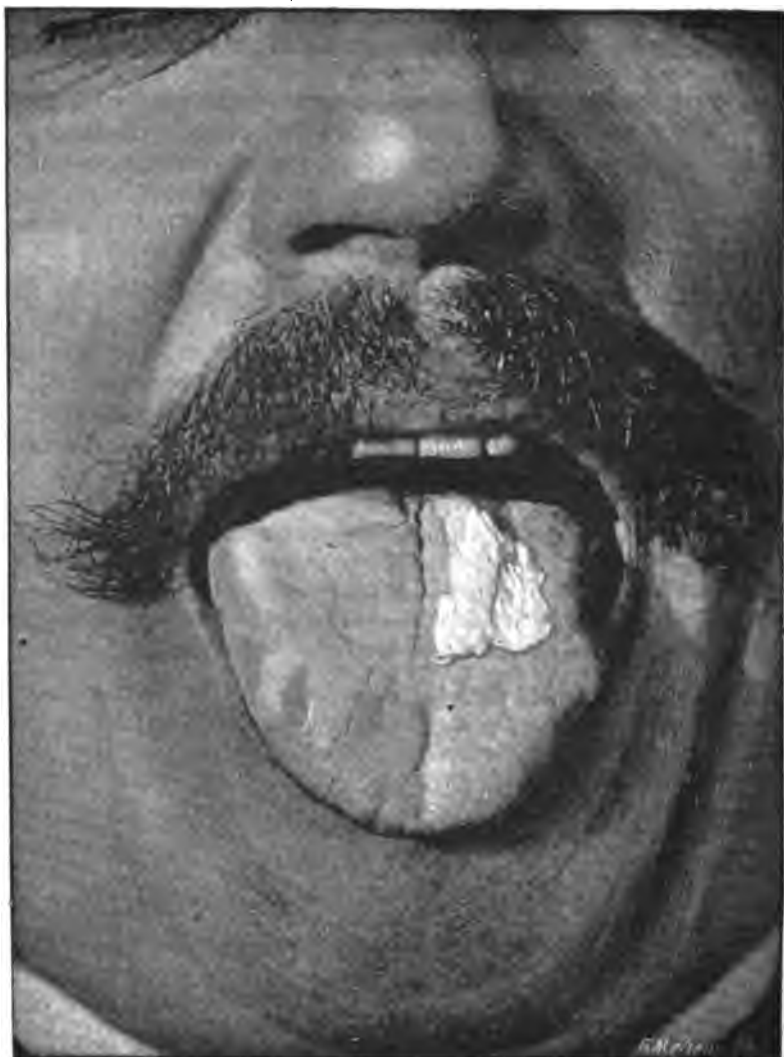
M. JULLIEN. — Pourtant dans les inoculations que fit ultérieurement M. Horteloup, il y eut des cas assez sérieux qui nécessitèrent la cautérisation au chlorure de zinc. Quant à la bénignité à la langue, on pourrait faire intervenir l'atténuation du bacille par une température élevée, comme l'a montré Aubert (de Lyon).

Un cas de leucoplasie linguale.

Par M. L. JULLIEN.

L'homme d'apparence très vigoureuse que je vous présente s'est aperçu il y a trois ans, il avait alors 42 ans, qu'une plaque blanche se dessinait sur la face dorsale de sa langue, à gauche de la ligne médiane. Tous les attouchements possibles ont été pratiqués sans réussir à en empêcher le développement, et nous la voyons aujourd'hui longue de près de 4 centim., large de 1 centimètre et demi, en forme générale allongée, avec un prolongement en pointe en arrière et des bords irrégulièrement festonnés. Au premier aspect la teinte blanche est si franche et tranche si complète-

ment avec les tissus environnants, qu'on croirait à une plaque de porcelaine, d'autant qu'elle est épaisse et dépasse notablement le niveau de la muqueuse. J'ajouterai qu'elle est dure, résistante sous le doigt, et d'ail-



leurs absolument insensible. Aucune douleur, aucune sensation à sa surface, l'élocution est seulement un peu gênée, l'organe est moins agile, le malade est incessamment obligé de ramener de la salive à la surface pour l'humecter.

Il est très peu prouvé que M. X... ait eu la syphilis, en tout cas il n'en

porte aucune trace. Il a fumé beaucoup et ne fume plus du tout maintenant. Il n'a jamais fait d'excès d'alcool. En revanche, c'est un dyspeptique enraciné. Il souffre beaucoup du tube digestif, et c'est un nerveux tousjours en proie à des vertiges et à des défaillances; il est en outre hémorroïdaire de vieille date. La salive est de réaction normale.

Les urines examinées par M. Girard se sont montrées fort normales. Elles renferment une trace d'albumine et de sucre, de l'indican en assez forte quantité, dénotant les *fermentations intestinales*, des traces d'hémaphéine, d'urohématine, d'uroérythrie et de hile, signes d'*insuffisance hépatique*; tous les composés minéraux et l'urée dépassent énormément en vingt-quatre heures les moyennes ordinaires (éléments minéraux, 30 gr.; urée, 53 gr. 84; chlorure de sodium, 20 gr. 70; acide phosphorique, 5 gr. 11; acide phosphorique, 5 gr. 12); l'acide urique seul est faible : 0 gr. 36. Le sédiment donne de nombreux cristaux oxaliques.

Le tissu morbide a été une fois détruit par le thermocautère et n'a pas tardé à se reformer. Je connais des cas dans lesquels l'extirpation sanglante n'a pas mieux réussi, sur la cicatrice la tache blanche s'est reproduite. La chirurgie est donc à peu près inefficace.

La bactériologie est restée muette et négative jusqu'ici; l'histologie si bien faite par Leloir nous a fait voir les lésions de l'*hyperkératose*, et Stanziale a trouvé l'*éllidine*, et les *éléments ovoïdes ou piriformes* à membrane réfringente, à contenu granuleux semblables à ceux que l'on rencontre dans les dégénérescences épithéliomateuses.

Jusqu'ici rien n'est venu éclaircir le traitement, c'est pour cela que je prie mes collègues de vouloir bien me dicter la conduite que je dois tenir dans ce cas très caractéristique.

M. A. FOURNIER. — M. Tillaux a fait, dans un cas analogue, le raclage de la langue, avec un résultat excellent.

M. Brocq. — Vers 1884, j'ai été consulté par un malade qui présentait sur la face dorsale de la langue une production cornée énorme pour laquelle un chirurgien des plus renommés voulait lui enlever la langue. Fort effrayé il se remit entre mes mains. Je lui pratiquais tous les quinze jours environ un raclage superficiel de sa leucokératose, enlevant des copeaux de plusieurs millimètres d'épaisseur et tâchant de ne pas intéresser les papilles linguales. Entre temps il faisait des cautérisations à l'acide chromique et à l'acide salicylique. Au bout de dix ans de soins, il fut emporté par une maladie accidentelle. La leucokératose était devenue moins active comme production de substance cornée, mais elle n'avait nullement guéri. C'est pour de semblables lésions que M. le Dr Perrin (de Marseille) a fort justement recommandé la décortication de la langue avec le galvanocautère : il a fait sur ce point des travaux des plus estimés, et il a publié des succès fort remarquables. Aussi désormais, dans un cas semblable à celui qui nous est présenté, n'hésiterais-je pas à conseiller l'intervention chirurgicale par la décortication. Certes, l'épithéliomatose peut ne pas survenir, mais en somme elle est possible : elle constitue une menace permanente. D'autre part, si l'on n'intervient pas radicale-

ment on a en perspective une série ininterrompue de soins des plus minutieux qui deviennent une véritable obsession. Il vaut beaucoup mieux délivrer les sujets.

M. GAUCHER. — Dans les cas de M. Perrin la lésion était plus étendue; il suffirait d'employer ici le procédé de Vatrassowski, c'est-à-dire des attouchements de bichromate de potasse au cinquantième.

M. DE LAVARENNE. — Un de mes malades, très analogue à celui de M. Julien, traité par les attouchements chromiques et le raclage très superficiel, a bénéficié en trois années d'un amincissement considérable équivalant à la guérison.

M. E. BESNIER. — Il ne faut pas envisager seulement l'état actuel, mais l'évolution ultérieure qui aboutit parfois à la transformation épithéliale. Je suis donc partisan de l'intervention active par le raclage ou la décortication ignée.

Sur un cas de lèpre avec granulomes lépreux miliaires généralisés, lésions de la muqueuse naso-pharyngienne et de l'oreille moyenne et poussée lépreuse aiguë érysipéatoïde.

Par MM. E. GAUCHER et RAOUL BENSUAUD.

Malgré la grande banalité des observations de lèpre à l'heure actuelle, le cas suivant, intéressant à plusieurs points de vue, m'a paru digne d'être présenté à la Société de dermatologie.

Il s'agit d'un homme de 29 ans, malade depuis 1891, chez lequel la principale lésion lépreuse consiste dans des granulations miliaires groupées sous forme de larges placards symétriques sur le tronc et les membres.

Ces granulations lépreuses ressemblent à de petits nodules lupiques et aux éléments de la syphilide granuleuse miliaire. Elles sont remarquables par leur confluence et leur généralisation à presque toute la surface du corps.

Au microscope ces granulations se montrent constituées par des flots de cellules lépreuses nettement limités et farcis de bacilles de Hansen.

Le malade, atteint de lésions de la muqueuse naso-pharyngienne et de l'oreille moyenne, a eu sous nos yeux une poussée érysipéatoïde de la face survenue en même temps qu'une otite moyenne suppurée et un phlegmon du bras à streptocoques. La poussée érysipéatoïde était-elle due à une exaltation de la virulence du bacille de Hansen par le streptocoque ou à une véritable infection secondaire sur les tissus lépreux? L'absence de streptocoques dans la sérosité de la

plaque et la coexistence d'une poussée de pemphigus lépreux rend la première hypothèse plus vraisemblable.

Un dernier détail mérite d'être mentionné, c'est l'augmentation des cellules éosinophiles dans le sang de notre malade. Dans certains cas de lèpre, en effet, l'abondance de ces éléments dépasse les limites de l'éosinophilie commune à la plupart des dermatoses pour atteindre des proportions aussi considérables que dans la maladie de Dühring. Voici l'observation de ce malade :

M. X..., Agé de 29 ans, venant de la Havane, entre le 10 octobre 1895 dans le service de M. le professeur Fournier, suppléé par M. le Dr Gaucher. Il est venu en France se faire soigner par M. Gaucher, à qui il a été adressé par le Dr Vidal, de la Havane.

Antécédents de famille. — Le malade est le dernier enfant d'une nombreuse famille dans laquelle, malgré une enquête minutieuse, on ne trouve point de lèpre. Parmi ses ascendants il a connu ses deux grand'mères, sa mère et un oncle paternel qui n'ont jamais présenté la moindre manifestation lépreuse. Un frère et trois sœurs plus âgées que lui sont bien portants. Marié depuis le 1^{er} août 1891 (époque à laquelle débuta la maladie actuelle) il continua à cohabiter avec sa femme jusqu'à son départ en Europe. Celle-ci et les trois enfants qu'elle a mis au monde, âgés de 3 ans et demi, 1 an et demi et 2 mois, sont bien portants.

On ne trouve donc aucun antécédent lépreux chez ce malade. Du reste une enquête faite par des médecins de la Havane auprès des membres de sa famille serait restée négative.

Dans ses *antécédents personnels* on ne relève que la variole en bas âge et une ulcération de la verge à l'âge de 23 ans (en 1889). Celle-ci siégeant au niveau du frein, n'a point laissé de cicatrice, a guéri par une simple application de pommade iodoformée et n'a pas été suivie de roséole ni de plaques muqueuses. Le médecin consulté aurait diagnostiqué : chancre simple non syphilitique.

Le début de la maladie actuelle remonte au commencement de l'année 1891. Le malade prétend, sans preuve d'ailleurs, avoir été contaminé par une négresse qui servit comme femme de ménage chez ses parents pendant huit à dix mois. Cette femme ne couchait jamais à la maison ; elle ne faisait ni la nourriture ni la chambre du malade. Mais à deux reprises différentes il eut des rapports momentanés avec elle. Il vit alors sur les deux avant-bras de cette négresse des croûtes qui éveillèrent chez lui l'idée de la lèpre. Cependant elle n'était pas considérée comme lépreuse, sa figure était indemne et le malade ignore si elle a présenté des lésions lépreuses depuis lors. Il nie tout contact avec des lépreux avérés. C'est tout au plus, dit-il, s'il en a vu quelques-uns dans la cour de l'hôpital et dans les rues de la Havane. Les conditions hygiéniques ne semblent avoir joué aucun rôle dans le développement de son mal. Né deux mois après la mort de son père, il a été élevé avec soin par sa mère qui, restée seule avec cinq enfants, était dans une situation assez précaire. Cependant elle éleva ses enfants avec de grands soins de propreté, dans un logement bien aéré

et avec une nourriture toujours suffisante. Les premières années de sa vie se passèrent dans la petite ville de Guynes (il ignore si la lèpre y régnait à l'état endémique) ; à l'âge de 7 ans il vint habiter la Havane où il est resté depuis lors. Le poisson de mer, la viande de porc ont toujours constitué son alimentation préférée.

Les premiers symptômes de lèpre ont apparu en été 1891. Au moment de son mariage (le 1^{er} août 1891) le malade se rappelle nettement avoir éprouvé des fourmillements dans le petit doigt des deux mains, fourmillements qui ne l'ont pas quitté depuis. Vers le commencement de l'année 1892 (six à dix mois plus tard) survinrent des petites taches roses sur la poitrine et le dos. Un médecin consulté à cette époque lui fait prendre de l'huile de Chaulmoogra à très haute dose.

La déformation de la face, les lésions des membres et des muqueuses, les troubles nerveux se sont montrés petit à petit sans poussée aiguë et sans que le malade puisse déterminer l'ordre exact de leur apparition.

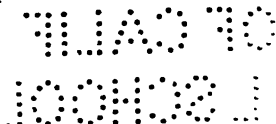
État actuel (12 octobre 1895). — Actuellement on se trouve en présence d'un homme de grande taille, assez bien musclé, presque imberbe. Intelligent et de caractère doux ; il est sujet à des accès d'hypochondrie et a eu à plusieurs reprises des idées de suicide à cause de sa maladie.

LÉSIONS CUTANÉES. — La face est le siège de lésions multiples qui s'arrêtent à la limite inférieure du front. Au niveau des sourcils il existe une sorte de bourrelet avec induration profonde et quelques petits tubercules du volume d'un petit pois. Deux grands placards symétriques, rouge violacé, d'aspect légèrement mamelonné et cicatriciel, occupent les joues. A leur niveau la peau est épaisse et infiltrée. Une infiltration semblable se trouve sur la houppe du menton, le dos et les ailes du nez et donne à ce dernier organe une forme élargie et légèrement épatée. Les pavillons de l'oreille sont tuméfiés, épaissis, rouges et écartés de la tête. Le bord de l'hélix est mousse. Le lobule de l'oreille gauche est déchiqueté ; la pression en fait sortir quelques gouttes de muco-pus.

Ces lésions déforment la face du malade dans son ensemble juste assez pour permettre à un œil exercé de poser d'emblée le diagnostic de lèpre. Sur le reste du corps existent des altérations variables allant depuis la simple macule jusqu'au tubercule du volume d'un petit pois.

Mais la lésion prédominante et sur laquelle nous désirons insister, est la *granulation miliaire lépreuse* qui ressemble en tout point au nodule du lupus. Arrondies, nettement délimitées, du volume d'un grain de mil à une tête d'épingle, ces granulations présentent une coloration fauve ou jaune brunâtre. Elles pâlisent sous la pression du doigt sans disparaître toutefois. Enchâssées dans le derme, elles forment une élévation perceptible à la vue, mais pas au toucher ; parfois cependant elles offrent une légère saillie. Elles siègent tantôt au niveau même des orifices pilaires, tantôt en dehors d'eux.

Ces granulations miliaires groupées par milliers, constituent de grands placards symétriques et donnent à la région atteinte un aspect pointillé jaune brun spécial. Entre les granulations, la peau garde souvent sa coloration normale, mais est épaissie et glabre. Ce n'est que dans de rares endroits que des poils follets sont conservés. A la loupe, on se rend mieux compte de ces détails, mais on n'en aperçoit pas d'autres.



Au *tronc*, la granulation miliaire est la lésion presque exclusive. Elle forme de grands placards symétriques au niveau de la région mamelonnaire, sous le rebord des fausses côtes et des deux côtés de la colonne vertébrale, depuis la partie inférieure de l'omoplate jusqu'à la dernière côte. La peau du ventre et de la région lombaire est intacte, mais les granulations redeviennent très confluentes sur les deux fesses, surtout sur la gauche.

Au niveau des régions ainsi envahies par les granulations lépreuses, se voient d'autres lésions : 1° de rares macules fauves du volume d'une pièce de 20 centimes, 50 centimes ou même plus grandes ; 2° quelques papules de consistance molle, de même couleur et d'aspect brillant ; 3° des petits tubercules durs, isolés et mobiles au niveau desquels la peau présente cette même teinte fauve.

Le *scrotum* est parsemé de petits tubercules bruns faisant corps avec la peau dont le volume atteint à peine celui d'une lentille.

Membres supérieurs. — Des granulations miliaires, ayant tous les caractères décrits plus haut, ont envahi la partie inférieure et dorsale des deux avant-bras. On y voit de plus, de rares macules couleur fauve.

Aux *membres inférieurs*, les granulations miliaires constituent de vastes placards symétriques à la face externe des cuisses et sur les mollets.

Les *ganglions* axillaires, inguinaux et cervicaux sont légèrement engorgés.

Lésions des muqueuses. — Les amygdales sont très hypertrophiées, surtout la gauche ; mais il n'y a point d'ulcération. Les muqueuses buccale et linguale sont indemnes. La muqueuse nasale a été envahie dès le début de la maladie. Depuis deux ans déjà, le malade expulse en se mouchant, une grande quantité de mucosités purulentes, épaisses, striées de sang et mélangées à des fragments durs.

L'examen des cavités nasales, fait par M. Gastou, montre ce qui suit :

Dans la narine gauche, les cornets apparaissent tuméfiés, recouverts de pus sanguinolent et de croûtes. La cloison elle-même disparaît recouverte par l'exsudat purulent. Après nettoyage, on voit que le cornet inférieur principalement et le cornet moyen sont le siège d'ulcérations allant de la dimension d'une tête d'épingle à celle d'une lentille et plus. Il n'y a pas de perforation de la cloison.

Les cavités nasales droites sont moins altérées ; il existe bien une tuméfaction irrégulière généralisée des cornets, mais sans ulcérations ni suppurations.

Ces lésions revêtent les caractères de véritables tubercules lépreux ulcérés ou non.

Malgré ces lésions, l'odorat est parfaitement conservé.

Le larynx et les conjonctives sont indemnes.

Lésions nerveuses. — Les deux nerfs cubitaux, surtout le droit, sont renflés, moniliformes immédiatement au-dessus de la gouttière située entre l'épitrôchlée et l'olécrâne. Un épaississement plus régulier existe le long du nerf médian droit à la partie moyenne du bras. Les nerfs tibiaux ne présentent pas d'altération appréciable.

Les parties épaissies sont douloureuses au toucher et leur pression provoque des douleurs et des fourmillements dans la sphère des nerfs correspondants.

Les troubles de la sensibilité ont débuté il y a trois ou quatre ans, par des picotements et des fourmillements dans la zone du cubital, et spécialement au niveau des deux petits doigts. Le malade raconte, de plus, avoir été très surpris à cette époque de ne plus sentir le froid d'une table de marbre sur laquelle il avait l'habitude de s'appuyer.

L'anesthésie n'existe qu'aux membres; la face, le cou, le tronc sont respectés.

Au membre supérieur droit elle ne se montre qu'à la face postérieure. La moitié interne de la main droite, le petit doigt, les premières phalanges du médus et de l'annulaire sont insensibles au contact, à la piqure, au froid et au chaud. La sensibilité thermique a disparu sur la moitié interne de l'avant-bras et sur toute la face postérieure du bras. Cette dernière est également insensible à la piqure.

A gauche, il y a abolition de la sensibilité à la piqure sur la face postérieure du bras; l'avant-bras et la main sont intacts.

Membres inférieurs. Face postérieure. — La sensibilité tactile est conservée partout. La sensibilité à la piqure est abolie sur le sixième inférieur de la cuisse gauche et sur la jambe gauche; la sensibilité thermique, sur le sixième inférieur des deux cuisses et sur les deux jambes. *Face antérieure :* L'anesthésie au froid, à la chaleur et à la piqure est complète sur le sixième inférieur de la cuisse, sur la jambe et le pied gauches. De plus, le simple contact n'est plus perçu sur la partie externe du dos du pied, sur les deux premières phalanges des troisième et quatrième orteils. A droite, il existe également une petite zone d'anesthésie thermique et à la piqure sur la partie externe du pied. La sensibilité tactile est conservée dans toute l'étendue du membre droit.

En résumé, l'anesthésie est dissociée, irrégulière, ne correspond pas à la sphère d'un nerf cutané bien déterminé et n'affecte pas de rapports avec la distribution des granulations miliaires et les autres lésions cutanées.

Les réflexes rotuliens sont normaux.

Deux autres détails dignes d'intérêt sont : l'apparition de troubles trophiques sur l'ongle du petit doigt de la main droite qui est épaissi, disposé en plusieurs couches et irrégulier à son extrémité libre, et la disparition complète de la sudation sur le dos des mains et la face dorsale des pieds. Les sueurs sont au contraire exagérées sur le reste du corps, et en particulier sur le tronc.

L'examen approfondi des organes internes ne révèle rien d'anormal. Au niveau de la queue de l'épididyme droite existe une tumeur du volume d'une noix, indolente et ligneuse, apparue depuis deux ans et de nature certainement lépreuse. La température oscille autour de 37°; le pouls est petit mais régulier. Les fonctions digestives se font bien.

Le traitement institué a été l'huile de Chaulmoogra à doses progressivement croissantes (à partir de X gouttes par jour).

13 octobre. Le malade a ressenti vers 3 heures de l'après-midi un fort frisson, au moment où il jouait à la balle dans la cour.

Le 14. Il se plaint de maux de gorge et de bourdonnements d'oreilles. Les amygdales sont rouges et tuméfiées. On prescrit 2 grammes d'anti-pyrine.

Le 16. T. R. hier soir, 38°,5 ; ce matin, 38°,4.

L'état de la gorge s'améliore. Céphalalgie intense. Douleurs vives dans l'oreille gauche, empêchant le malade de dormir. Le pavillon de l'oreille gauche est rouge et très tuméfié.

Lavages à l'eau boriquée trois fois par jour. Pulvérisations boriquées sur le pavillon deux fois par jour, suivies d'applications de compresses boriquées. Six pilules d'extrait d'opium de 0,01 par jour. Potion de Todd avec de l'extrait de quinquina.

Le 17. T. R. hier soir, 38°,7 ; ce matin, 38°,4. Douleur au coude gauche où il existe un hygroma rouge, douloureux, fluctuant. Pansement boriqué. L'examen de l'oreille a été fait par M. Gastou.

A gauche : il s'écoule du conduit auditif externe une matière puriforme sanguinolente, qui comble entièrement le conduit. Après lavage à l'eau boriquée et nettoyage avec du coton boriqué, les parois du conduit apparaissent boursoufflées, tuméfiées, et par places formant de véritables mamelons. Sur la plupart de ces mamelons existent des exulcérations. Le spéculum auriculaire ne peut pénétrer au delà de l'ouverture du conduit, il est impossible de voir le tympan. Un stylet introduit dans l'oreille arrive sur l'os. Cet examen est très douloureux.

La perforation du tympan est démontrée par ce fait que l'injection faite dans l'oreille gauche ressort par la narine du même côté.

L'oreille droite est saine.

Les lésions de l'oreille gauche sont de même nature que celles des narines.

Le 19. T. R. hier soir, 40°,1 ; ce matin, 39°,7. Souffrances intolérables au niveau de l'oreille gauche.

Le 20. T. R. hier soir, 39°,5 ; ce matin, 40°. En examinant l'oreille, on est frappé de l'écartement considérable du pavillon, produit par une tumeur rouge vif, du volume d'une cerise paraissant fluctuante.

A 4 heures, le thermomètre marque 40°,2. Passage en chirurgie dans le service de M. le Dr Nélaton. L'interne de service n'incise pas la tumeur même, mais un ganglion situé au-dessous qui paraissait fluctuant. Il ne s'en écoule point de pus.

Le 21. T. R. hier soir, 30°,2 ; ce matin, 39°,8. Céphalalgie, soif vive, état saburral, insomnie. Souffrances toujours très vives au niveau de l'oreille. Le pavillon a pris une coloration rouge sombre, érysipélateuse. De plus, il existe un grand placard couvrant la joue gauche, d'aspect franchement érysipélateux, de teinte rouge cuivré, chaud à la main et douloureux au toucher. La limite n'en est pas nette, et il n'y a pas de rebord saillant.

Les paupières sont oedématisées et les ganglions sous-maxillaires et sterno-mastoïdiens engorgés. Le nez et la joue droite ont gardé la coloration rouge plus mate qu'ils possédaient auparavant. L'hygroma supprimé du coude s'est ouvert en laissant écouler une petite quantité de pus.

Le malade est renvoyé du service de chirurgie par crainte de la contagion de l'érysipèle et mis dans une chambre d'isolement.

Le 22. T. R. hier, soir 40°,1 ; ce matin, 38°,6.

Même état général et local.

Le 23. T. R. hier soir, 39°,2 ; ce matin, 38°,7.

La joue droite devient à son tour rouge sombre et douloureuse. Le nez et l'oreille droite restent indemnes. Dans le courant de l'après-midi apparaissent sur la face interne de la jambe droite, vers l'extrémité inférieure, deux bulles tendues par un liquide citrin, dont l'une présente le volume d'une noix et l'autre celui d'un œuf de poule. C'est la première fois que le malade a du pemphigus lépreux.

Le 25. T. R. : 39° hier soir; 38°,7 ce matin. Le pavillon de l'oreille et les joues sont moins rouges et moins douloureux. La tuméfaction rétro-auriculaire a diminué de volume. L'écoulement de l'oreille persiste. Le malade se plaint du bras gauche qui est tuméfié et douloureux.

Le 27. T. R. hier soir, 39°,7; ce matin, 37°,2. Phlegmon du bras gauche et de la partie supérieure de l'avant-bras. Large incision et écoulement d'une grande quantité de pus verdâtre. Sur la partie postérieure et gauche du thorax existe un vaste placard érythémateux et œdématié.

Le 28. T. R. : hier soir, 37°,8; ce matin, 37°,1. Le malade a bien dormi. Le placard érythémateux du dos est en voie de disparition.

Le 30. T. R. : hier soir, 37°,3; ce matin, 37°,3. L'oreille et les joues ne sont plus douloureuses elles ont repris l'aspect qu'elles présentaient avant la poussée aiguë. Les suppurations du bras gauche et de l'oreille se tarissent. La tuméfaction rétro-auriculaire a disparu.

10 novembre. Le malade est complètement rétabli. Il n'a pas de fièvre, a bon appétit et dort bien. Il ne souffre plus des joues ni de l'oreille.

L'incision du bras gauche est en pleine cicatrisation. Depuis la poussée érysipélateuse, il a vu apparaître sur le corps de gros nodules douloureux du volume d'une noisette, recouverts d'une peau ecchymotique. Ces tuméfactions localisées rappelant les nodules de l'érythème noueux existent au nombre de 6 ou 7 sur le bras gauche et sont distribuées régulièrement sur les deux cuisses, au nombre d'une dizaine. Des nodules analogues qu'il a eus à la Havane n'auraient duré que peu de temps.

A la place des deux bulles de pemphigus de la jambe droite se trouvent maintenant deux ulcérations ovalaires à fond légèrement bourgeonnant.

L'examen histologique a été pratiqué par M. BENSAUDE sur un fragment de peau biopsié au niveau de la fesse gauche. La pièce, fixée par le sublimé acétique, a été montée dans la paraffine.

Les coupes portent sur la granulation miliaire et sont colorées par le bleu polychrome d'Unna.

L'épiderme coloré en bleu, a gardé son épaisseur normale; les cônes interpapillaires sont aplatis ou ont disparu. Il n'y a pas d'infiltration leucocytaire des cellules malpighiennes.

Les lésions du derme varient suivant le point examiné.

Au niveau de la granulation miliaire, la couche moyenne et profonde du derme est occupée par un vaste flot coloré en bleu foncé, de forme ovale, nettement limité et séparé de l'épiderme par une bande de tissu conjonctif non coloré. Profondément cet flot est en rapport avec les flots plus petits, mais nettement limités de la couche sous-dermique. Ces flots néoplasiques forment de véritables manchons autour des follicules pilo-sébacés.

Examinés à un fort grossissement (Leitz oc. 3, obj. 6) ces flots néoplasiques se montrent constitués par un amas de cellules (cellules

lépreuses) disposées sans ordre, irrégulières et de volume inégal qui contiennent un ou plusieurs noyaux vivement colorés en bleu et infiltrent les mailles du tissu conjonctif. Au milieu de ces cellules se trouvent des follicules pileux avec leur poil, des faisceaux manifestement hypertrophiés du muscle érecteur, des acini glandulaires et des vaisseaux à paroi épaissie. L'infiltration cellulaire semble s'être faite autour de tous ces éléments à la fois.

Dans les autres points de la préparation (*en dehors de la granulation miliaire*) la couche sous-papillaire est le siège d'une infiltration cellulaire formant des traînées irrégulières mal délimitées, séparées de l'épiderme par une mince bande de tissu conjonctif respecté. Les autres parties du derme sont indemnes.

A l'aide d'un grossissement plus fort (Leitz oc. 3, obj. 6) on ne trouve plus dans ces traînées superficielles l'aspect polymorphe des cellules constituant les flots profonds. Ici les cellules sont plus petites, arrondies, ovales ou triangulaires et contiennent un seul noyau. On y voit de rares orifices vasculaires, mais pas de follicules pilo-sébacés.

Sur les coupes colorées par la fuchsine phéniquée de Ziehl et le bleu de méthylène et examinées au moyen d'un objectif à immersion (Leitz 1/12) les traînées et les flots cellulaires se montrent farcis de bacilles de Hansen isolés ou en amas, occupant de préférence les espaces intra-cellulaires. Ces bacilles respectent d'une façon absolue l'épiderme et la bande conjonctive sous-épidermique. On n'en trouve pas non plus dans les follicules pilo-sébacés ni dans les glandes sudoripares.

Examen du pus de l'oreille et du sang. — Le pus de l'oreille examiné sur lamelle le 17 octobre contient à l'état pur un microcoque qui ne se décolore pas par la méthode de Gram et dont les grains de petit volume agencés deux à deux forment de nombreux diplocoques. Sur agar, le pus produit un semis de petites colonies transparentes ou blanchâtres formées par des cocci ou des diplocoques analogues à ceux trouvés dans le pus. Le bouillon ensemencé avec une de ces colonies se trouble après vingt-quatre heures. Il contient un grand nombre de microbes présentant tous les caractères morphologiques du *streptocoque pyogène* : chaînettes à petits grains de 4 à 6 éléments ne se décolorant pas par la méthode de Gram.

Le pus du phlegmon du bras contient également de courtes chaînettes dont les cultures sur bouillon et gélose ont le même aspect que celles du pus de l'oreille.

La *sérosité* de la plaque érysipélateuse, aspirée dans une pipette stérilisée, a été examinée le 23 octobre sur lamelle et ensemencée sur bouillon. Par aucun de ces moyens on n'a pu y découvrir l'existence de streptocoques.

La *sérosité des bulles de pemphigus* ne contient pas de bacilles de Hansen ni de cellules éosinophiles.

Examen du sang, fait le 29 octobre 1895 :

N (nombre des hématies par millim. cube), 4.371.000

R (richesse globulaire en hémoglobine, exprimée en globules sains), 3.572.000

G (valeur individuelle de chaque globule), 0,82.

B (nombre de globules blancs par millim. cube), 3.100

E (nombre de cellules éosinophiles par millim. cube), 263.

(C'est-à-dire 8,48 p. 100 du nombre total des globules blancs.)

En résumé, le sang de notre malade présente une anémie du premier degré sans augmentation du nombre total des globules blancs, mais avec une augmentation du nombre des cellules éosinophiles. Leur nombre est de 263 par millim. cube (au lieu de 100 à 200, chiffre normal) et la proportion par rapport au nombre total des globules blancs 8,48 p. 100 (au lieu de 2 à 4 p. 100).

La leucocytose éosinophile était bien plus considérable chez six autres lépreux que nous avons pu examiner et atteignait dans un de ces cas 28 p. 100 (1.600 par millim. cube) (1).

Traitement de la blennorrhagie par l'airol.

Par MM. LEGUEU et LÉVY.

Nous avons eu l'idée d'appliquer l'airol au traitement de la blennorrhagie chez l'homme. L'airol est un gallate d'oxyiodure de bismuth : c'est du dermatol iodé. C'est une poudre fine, d'un gris verdâtre, inodore, sans saveur, et insoluble dans les principaux réactifs. C'est à la fois un dessiccant et un antiseptique, qui a déjà donné entre les mains d'Hœgler de bons résultats dans le traitement des plaies.

Nous l'avons employé avec succès dans les mêmes conditions, mais nous ne voulons envisager en ce moment que les résultats qu'il nous a donnés dans le traitement de la blennorrhagie.

Nous l'avons utilisé en émulsion dans l'eau et la glycérine, suivant la formule déjà adoptée par Hœgler, mais en diminuant la proportion d'eau (glycérine 15 gr., eau 5 gr., airol 2 gr.). Après avoir fait uriner le malade, nous faisons un grand lavage de l'urèthre à la seringue à l'aide d'une solution boriquée à 4 p. 100. Et immédiatement nous injectons dans l'urèthre antérieur, 10 centimètres cubes de solution au dixième; cette injection est répétée les jours suivants.

Voici les résultats que nous avons obtenus :

Quatre malades ont été traités de cette façon pour des uréthrites subaiguës datant de trois mois, deux mois, de cinq semaines, de quinze jours. Trois fois il s'agissait d'uréthrite à gonocoques ; une seule fois, il s'agissait d'une uréthrite avec infection secondaire multi-microbienne. Ces quatre malades ont guéri après trois à cinq injections.

(1) Ces résultats seront publiés ultérieurement de même que la technique employée pour déterminer le nombre des cellules éosinophiles par millim. cube. Le procédé qui consiste à faire le dénombrement de ces éléments sur des préparations de sang sec coloré est défectueux ; il ne donne que des chiffres relatifs dépendant essentiellement du bon étalement de la couche sanguine.

Dès le lendemain de la première injection, l'écoulement diminue d'une façon sensible; l'injection détermine à sa suite une brûlure assez manifeste, mais très supportable, et qui ne dure que quelques instants; mais les douleurs de la miction ne tardent pas à se calmer et à disparaître complètement, en même temps que l'écoulement.

Ces résultats, très satisfaisants, n'ont pas été temporaires; ils ont été définitifs. Il y a déjà plus d'un mois que la guérison s'est maintenue chez trois de ces malades: nous les avons revus chez eux et nous avons pu nous assurer qu'ils n'avaient plus aucun écoulement.

Nous croyons que l'airiol doit prendre place parmi les agents modificateurs des infections uréthrales; nous ne pensons pas qu'il doive réussir dans tous les cas, mais les résultats obtenus sont cependant assez encourageants pour que nous ayons cru devoir vous les soumettre dès maintenant.

Pleurésie de la syphilis du stade roséolique.

Par MM. P. SPILLMANN et G. ÉTIENNE.

Les vingt-trois observations de pleurésies syphilitiques précoces rapportées par MM. Chantemesse et Widal, Talamon, Lyon, Prætorius, Rochon, Brousse, Raynaud, Monseret, ont laissé persister dans l'étude de cette affection plusieurs points obscurs (1). C'est donc faire œuvre utile de rapporter les nouveaux cas observés.

Le nommé Cl. A..., apprenti monteur en chaussures, âgé de 13 ans, entre à la clinique le 4 décembre 1895.

Antécédents héréditaires. — Le père, âgé de 55 ans, est emphysémateux depuis 33 ans; la mère est très bien portante.

Trois sœurs, mariées, n'ont jamais été malades; tous leurs enfants sont bien portants, sauf deux qui sont morts, l'un accidentellement, l'autre à l'âge de 2 ans, en trois jours, au cours d'une maladie épidémique. On ne trouve dans la famille trace d'aucun cas d'affection tuberculeuse.

Antécédents personnels. — L'enfant a eu la coqueluche à 4 ans; en 1894, luxation traumatique de l'épaule droite; il n'a jamais fait d'autre maladie.

Au commencement du mois d'août 1895, cet enfant a couché pendant deux nuits dans le même lit qu'une bonne sans place logée par ses parents. Cinq semaines plus tard, apparaissait un chancre du prépuce qui fut traité avec de l'eau blanche et s'accompagna de douleurs dans les aines. La roséole se montrait à son tour environ un mois après le chancre.

Quinze jours plus tard, le malade entra à la clinique syphilitique de la Maison de secours, et y recevait douze frictions (environ en 6 semaines).

(1) CABRA. *Des pleurésies syphilitiques*. Thèse, Paris, 1894.

Débuts de la maladie. — Le 23 novembre, au matin, sans aucune cause appréciable, il éprouva des vertiges et une douleur très violente du côté droit, accompagnés de quintes de toux et de vomissements. On applique un vésicatoire sur le côté gauche du thorax, et le 4 décembre on évacue le malade à l'hôpital civil.

État actuel, 5 décembre. — Enfant primitivement bien constitué, mais actuellement très pâle, anémié, dans un véritable état d'asthénie syphilitique. Sur la partie supérieure du prépuce est une échancrure profonde résultant de la cicatrisation du syphilome primitif; induration encore très manifeste. On ne peut découvrir le gland; dans les deux aines, pléiade ganglionnaire caractéristique, et, en outre, adénopathie généralisée secondaire très facilement constatable dans les régions cervicale, sous-maxillaires, axillaires, dans le triangle de Scarpa, etc.

Traces très nettes de roséole persistant encore sur le thorax ou l'abdomen; éphélides syphilitiques cervicales très caractérisées. Syphilide papulo-érosive en feuillet de livre sur la commissure labiale gauche.

Appareil pulmonaire. — Côté droit. — En arrière, diminution de la sonorité à partir de l'épine de l'omoplate; matité plus compacte depuis l'angle inférieur et diminution du murmure vésiculaire, qui est complètement aboli à deux travers de doigt plus bas. A l'auscultation, le murmure vésiculaire est diminué à partir de l'épine, mais il reste cependant perceptible dans toute la hauteur du thorax; quelques petits frottements en bas, des deux côtés de la colonne vertébrale; léger souffle aigre. La voix est nettement jetonnée à partir de deux travers de doigt au-dessous de l'épine droite.

En avant, inspiration et expiration normale des deux côtés; légère augmentation de la sonorité au sommet droit.

Côté gauche. — Les vibrations sont bien perçues dans toute l'étendue du thorax; l'inspiration au sommet est un peu plus accentuée que normalement, mais reste parfaitement moelleuse (suppléance). La voix est très légèrement jetonnée vers la base.

Une ponction exploratrice permet de retirer 10 centim. cubes de liquide citrin, immédiatement injecté dans le péritoine d'un cobaye.

La rate est notablement hypertrophiée.

A part une céphalée matinale assez marquée, quelques douleurs musculaires dans les triceps cruraux, rien à signaler vers les autres appareils.

Les urines des 24 heures, Q. = 1,400 centim. cubes, D = 1013, renferment, d'après l'analyse de M. le professeur Guérin :

Urée.....	21
Acide urique.....	0,235
Chlore.....	3,192
Acide phosphorique total.....	1,84
Acide phosphorique combiné aux alcalis.....	1,512
Acide phosphorique combiné aux terres.....	0,33
Chaux combinée.....	0,087
Ni sucre, ni albumine.	

Pendant les jours suivants, les phénomènes s'amendent rapidement. La température tombe, ainsi que le montre le tableau suivant :

TEMPÉRATURE		M.	S.
4 décembre (11 ^e jour).....			39°
5 —		37°,1	37°,9
6 —		37°,2	38°,9
7 —		37°,3	38°
8 —		37°,1	37°,4
9 —		37°,2	37°,9
10 —		37°,5	37°,2
11 —		36°,8	38°
12 —		37°	37°,2
13 —		37°,1	37°,1
14 —		36°,6	37°,3
15 —		36°,7	36°,9

16 décembre. Les signes d'épanchement ont totalement disparu, une ponction exploratrice reste négative. Il n'y a plus d'égophonie ; on entend bien le murmure respiratoire jusqu'en bas, les vibrations thoraciques se perçoivent bien. Sommets indemnes. Éruption de quelques furoncles sur le devant du thorax.

Le 22. Le murmure respiratoire s'entend complètement jusqu'en bas, mais dans toute la hauteur du thorax et surtout aux deux bases, on perçoit des frottements. Submatité aux deux bases.

Le 26. Il existe encore une légère submatité à la base droite ; les frottements ont à peu près disparu.

13 janvier. On ne constate plus à l'auscultation trace de frottements. Au prépuce, le tissu cicatriciel, résidu du chancre, ferme presque complètement l'orifice du méat.

Le 14. Légère atteinte de laryngite aiguë.

Le 16. Le côté droit du thorax est légèrement affaissé dans sa totalité, en comparaison du côté gauche, soit par légère atrophie musculaire post-pleurétique, soit par légère rétraction pleuro-pulmonaire.

Le malade a quitté l'hôpital complètement guéri.

Des 10 centim. cubes de liquide citrin retirés le 5 décembre par ponction exploratrice, quelques gouttes ont été prélevées et ont servi à ensemer des milieux de culture qui sont restés complètement stériles.

Le reste a été en totalité injecté immédiatement dans le péritoine d'un cobaye ; cet animal a été sacrifié le 29 janvier, c'est-à-dire près de deux mois plus tard, et à l'autopsie, *nous ne trouvons trace d'aucune lésion tuberculeuse.*

Il ne peut guère, pensons-nous, exister de doute sur la nature de cet épanchement pleurétique :

1) Il a bien évolué chez un syphilitique, et chez un syphilitique à la phase d'infection générale, coïncidant avec l'éruption roséolique.

2) Il est fort invraisemblable que nous nous trouvions en présence d'une pleurésie séro-fibrineuse d'origine tuberculeuse greffée sur une syphilis :

En effet, d'abord l'ensemble de ses caractères s'écarte de ceux de la pleurésie tuberculeuse primitive qui siège généralement vers la région moyenne, et rarement aux bases, localisation élective de la pleurésie syphilitique précoce.

L'évolution de cette dernière est généralement plus rapide, même si le traitement spécifique a été peu actif, comme pour notre cas ; la période fébrile a duré à peine 15 jours, l'élévation thermique restant très modérée ; l'épanchement a été extrêmement peu abondant.

Enfin, faits très importants, en aucun point chez le malade nous n'avons relevé la moindre trace d'une lésion tuberculeuse ; dans sa famille, il n'existe aucun antécédent bacillaire ; et enfin l'inoculation de 10 c.c. du liquide pleural dans la cavité péritonéale d'un cobaye est restée absolument stérile.

Nous croyons donc pouvoir poser le diagnostic de *pleurésie syphilitique du stade roséolique, avec épanchement à début aigu, à évolution rapide*.

Sur une dermatite suppurative multiforme à poussées successives.

Par H. HALLOPEAU et A. PRIEUR.

Malgré les nombreux travaux dont les dermatites suppuratives ont été l'objet dans ces dernières années, leur histoire est loin d'être complètement élucidée.

A côté de types nettement différenciés, tels que la forme purulente de la dermatite herpétiforme de Dühring et une partie des cas décrits sous le nom d'impétigo herpétiforme, il en est d'autres qui, tout en présentant des caractères communs avec les précédents, s'en écartent par des particularités plus ou moins importantes et ne sont pas encore classés ; tel est celui que représente la malade sur laquelle nous avons l'honneur d'appeler l'attention de la Société.

Le 20 janvier 1896, est entrée à la salle Lugol, lit n° 10, la femme H..., âgée de 44 ans, concierge, pour une affection cutanée dont elle souffre depuis longtemps.

Étant jeune fille, la malade se souvient avoir eu une éruption qualifiée d'eczémateuse aux coudes et aux genoux. Il y a vingt ans, la maladie qui l'amène aujourd'hui à l'hôpital se manifesta pour la première fois par une poussée aiguë aux bras et aux jambes ; elle fut traitée par M. Hardy à la Charité, où elle nécessita un séjour de dix-huit mois et se termina par la guérison.

Cette guérison dura dix ans ; puis apparut une nouvelle poussée occupant les genoux et les coudes ; depuis lors, les éruptions se sont incessamment renouvelées dans les mêmes régions ; depuis quatre semaines, elles se sont étendues à la partie supérieure des cuisses et au bassin, puis ont envahi les membres supérieurs en s'accompagnant de cuissous.

État actuel. — H... est maigre, d'aspect chétif. La longue durée de la maladie et l'aggravation subite de ces derniers temps ont notablement diminué ses forces et altéré ses traits.

L'éruption intéresse les quatre membres et le tronc. Ses éléments primitifs sont de petites pustules miliaires avec aréole érythémateuse, qui se

multiplient, grossissent pour la plupart, puis se dessèchent et forment des croûtes jaunâtres. Les placards constitués par leur confluence sont de dimensions extrêmement variables : il en est de plus petits qu'une lentille ; d'autres couvrent de leur étendue presque toute la surface d'un membre, celui qui a envahi le bassin forme au-devant de l'abdomen et aux cuisses comme un caleçon de bain ; on trouve tous les intermédiaires.

Les grands placards sont formés par une surface rouge foncé parsemée de pustulettes plus ou moins nombreuses et de croûtes. Les pustulettes sont disséminées dans l'aire, mais ont une tendance à devenir confluentes à la périphérie ; il reste d'ailleurs, en cette même partie, une zone érythémateuse de ton plus vif que la surface du placard dont le centre surtout tend partiellement à se décolorer. Les croûtes enlevées laissent voir des surfaces excoriées humectées d'un liquide louche ou purulent.

La topographie des placards éruptifs est la suivante : aux membres supérieurs, ils occupent les parties postérieures et antérieures des bras et des avant-bras, et les faces dorsales des mains. Ils respectent le pli du coude gauche, les poignets et les paumes des mains ; au petit doigt de la main gauche, les téguments sont rouge vif, et un liquide purulent soulève par places l'épiderme ; un de ces soulèvements semble coiffer l'extrémité du doigt ; le sillon qui sépare l'ongle des tissus malades qui tendent à le recouvrir sécrète un liquide purulent. Les mêmes lésions, mais plus avancées, se retrouvent sur le pouce, l'index et le petit doigt de la main droite ; les ongles sont tombés. Des deux côtés, les faces postérieures de l'annulaire et de la première phalange du médius sont intéressées. Contrairement à ce qui se passe dans la polydactylite suppurative, décrite par l'un de nous, les doigts n'ont été affectés chez cette malade que secondairement.

Les membres inférieurs sont envahis dans presque toute leur étendue ; en plusieurs points, les placards y sont entourés d'un soulèvement bulleux, large d'environ 5 millim. et rempli d'un liquide purulent. Les genoux sont moins atteints que les autres parties de ces membres. La plante du pied droit présente une large placard au niveau duquel l'épiderme, soulevé par un liquide purulent, forme des saillies à coptours polycycliques, séparées par des intervalles laissant voir le derme mis à nu et rouge. Les deux tiers postérieurs de la face inférieure du pied droit sont envahis par l'éruption.

Le grand placard abdomino-cruro-génital part de trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic pour descendre sur la face antéro-interne des cuisses et s'étendre sur le périnée jusqu'à l'anus. Il est constitué par des croûtes disséminées sur un tégument rouge, et présente à sa périphérie un grand nombre de pustulettes grosses comme des grains de chènevis ou de millet, isolées ou agminées, formant, en certains endroits, par leur réunion, de larges soulèvements bulleux. Ces mêmes pustules, confluentes sur une surface érythémateuse se retrouvent sur les placards de la partie inférieure de la cuisse.

Les ongles des orteils ont perdu leur aspect poli ; la surface en est rugueuse et inégale ; au pied droit, les orteils sont séparés par des agglomérations de pustules.

La partie postérieure du tronc est presque indemne : on y voit seulement quelques pustules peu abondantes à la région lombaire, et, à droite de la crête sacrée, quelques placards contenant de rares pustules.

On remarque quelques petites pustulettes sur le cou ; le visage est intact.

Les ganglions ne présentent pas d'altérations appréciables, sauf dans l'aîne gauche où l'on note une adénopathie d'ailleurs peu volumineuse et très légèrement douloureuse.

Nulle part, on ne trouve de saillies végétantes ni d'ulcérations.

La sensation de cuisson est surtout vive au moment des poussées ; elle fait place bientôt à une démangeaison que calme l'application de compresses humides.

29 janvier. Les soulèvements bulleux parsemant l'aire des plaques des membres inférieurs persistent et prennent les formes les plus diverses et insolites ; nous citerons particulièrement celles de lettres telles que l'S, le C, le J, le G, celles des chiffres tels que le 3, ou d'autres figures telles que de croissants, ou des points d'interrogation accolés. Des soulèvements semblables ont apparu sur les plaques de l'avant-bras gauche.

Ces soulèvements paraissent produits par la progression, suivant diverses courbes, de l'exsudation qui apparaît d'abord sous forme de simples pustules.

En divers endroits, on aperçoit des plaques maculeuses, vestiges de placards éruptifs en voie de disparition.

La malade accuse des démangeaisons quand les téguments malades sont découverts.

7 février. Une poussée aiguë nouvelle, commencée le 5, atteint son maximum aujourd'hui. La partie antéro-interne de chaque cuisse est recouverte d'un énorme placard rempli de pustules qu'entoure leur aréole érythémateuse. La rupture de plusieurs de ces pustules a laissé apparaître des excoriations de dimensions variables, tandis que la réunion d'éléments semblables produit dans le voisinage des soulèvements bulleux. Quelques-uns de ces soulèvements mesurent un centimètre de diamètre.

A la plante des pieds et aux jambes, les surfaces mises à nu consécutivement à l'ouverture des bulles atteignent plusieurs centimètres de diamètre.

Le liquide contenu dans les pustules est du pus concret qu'il est difficile de faire sourdre.

La cuisson est extrêmement pénible au niveau des nouveaux placards des cuisses : le contact de l'air y est très douloureux.

L'adénopathie inguinale a augmenté.

On trouve, sur le bord de la langue, quelques excoriations serpigineuses à contours irréguliers.

12 février. L'état précédemment décrit persiste ; on peut dire que, par suite des petites poussées qui se font presque chaque jour, à côté de chaque petit placard qui s'éteint, en naît un autre à peu près identique : si l'éruption change presque chaque jour sa topographie, elle garde le même aspect.

Ce sont toujours les mêmes figures capricieuses et enchevêtrées sur un fond d'un rouge violet. En général, les soulèvements épidermiques purulents forment, sur les bras et surtout sur les jambes, des dessins extrêmement irréguliers aux contours les plus inattendus : leurs lignes simulent des images que l'on croirait tracées intelligemment, telles que points d'interrogation s'adossant ou se regardant avec symétrie, spirales, cercles parfaits, images de chiffres et de lettres, se renouvelant et disparaissant d'un jour à l'autre et gardant à l'éruption sa si curieuse physionomie.

En dehors des plaques, disséminées au hasard sur la peau saine, d'autres pustules, éléments originaires des grands placards décrits plus haut, présentent tous les volumes depuis celui de grain de mil à peine visible, jusqu'à celui de la pustule, une lentille.

On voit enfin de grandes taches irrégulières, d'un violet pâle, derniers vestiges de placards éteints.

Le grand placard abdomino-périnéal, qui n'a pas depuis longtemps subi depoussées, garde cette teinte lie de vin qu'il avait au premier jour de l'examen : il ne présente pas les ornements épidermiques des placards des jambes. On y voit, çà et là, quelques petites pustulettes. Il n'est presque pas douloureux, à l'encontre des placards des membres qui sont le siège de cuissons plus ou moins vives selon le nombre d'éléments nouveaux qui y apparaissent ; si le pli de l'aîne est douloureux, c'est surtout parce qu'au moindre mouvement les téguments, d'ailleurs recouverts de pus qui s'y amasse, sont distendus plus ou moins violemment.

La douleur dont nous parlions tout à l'heure à propos des placards des membres disparaît quand la poussée s'arrête : elle fait place à une démangeaison peu vive que calme l'application de compresses imbibées d'eau boriquée.

Aux pieds et aux mains, l'état est stationnaire. La langue présente toujours, sans modification, à la partie antérieure de son bord, de petites surfaces excoriées, entourées d'un fin liséré desquamatif qui les limite d'une façon nette.

Toutes les parties du corps indemnes au moment de l'entrée de la malade le sont restées : l'affection modifie ses contours et ses formes en restant cantonnée dans les mêmes régions.

La fièvre persiste depuis trois jours ; les températures du matin dépassent 38° ; celle d'hier soir est montée à 38°,6.

Quoique toujours un peu abattue, la malade présente cependant un état général relativement satisfaisant : les selles sont régulières, l'appétit persiste. L'examen du cœur a révélé un souffle systolique à la pointe.

L'examen des urines, fait avec le plus grand soin par M. Vadam, interne du service, a porté non seulement sur les éléments pathologiques recherchés ordinairement, mais aussi sur la présence probable de leucomaines. Cette recherche, faite précédemment par M. Vadam, selon le procédé indiqué par Griffith, dans les urines d'un malade du pavillon Bazin, atteint de dermatite herpétiforme de Dühring, avait révélé la présence d'alcaloïdes cristallisables ; il était intéressant de savoir si on retrouverait ces alcaloïdes dans les urines de notre malade : le résultat a été négatif.

Examen bactériologique. — L'allure particulière de cette éruption, qui par certains côtés rappelle la dermatite herpétiforme de Dühring, la dermatite pustuleuse en foyers à progression nette et l'herpes gestationis, et qui par d'autres caractères très tranchés s'en distingue essentiellement, rendait nécessaire l'examen bactériologique.

Un premier examen de pus récolté dans les pustules récentes et anciennes fut fait le 5 février. Il fut *négatif*. Desensemencements furent faits le même jour sur gélose et dans le bouillon : ils restèrent *stériles*. Le pus ne contenait-il donc aucun microbe ? Un nouvel examen direct fut fait le 7 : il fut de même *négatif*. Desensemencements furent faits le même jour sur gélose et sur gélatine.

Le 10 au soir, ils portaient des colonies qui, examinées immédiatement, révélèrent des staphylocoques. La gélatine était restée stérile.

Pensant que la présence de ces micro-organismes pouvait être due à ce que le pus avait été pris dans des pustules situées, soit dans l'aire des plaques, soit dans leur voisinage immédiat, et par conséquent courant risque d'être facilement infectées, nous pratiquâmes un nouvel ensemencement le 11 au matin, sur quatre tubes de gélose, en ayant soin de prendre, autant que possible, le pus des pustules éloignées des placards : vingt-quatre heures après, le 12 au matin, *trois tubes étaient restés stériles*, le quatrième présentait quelques rares colonies de staphylocoques ; *il est vrai que la pustule qui avait servi à l'ensemencer était voisine d'un placard*.

Ajoutons que, le 11, *la gélose et le bouillon ensemencés le 5 étaient encore intacts*.

Concurremment fut fait l'examen des pustules du malade de Bazin, atteint de dermatite herpétiforme suppurative ; l'ensemencement sur gélose donna, au bout de vingt-quatre heures, des colonies de staphylocoques en grande abondance.

On peut, sans témérité, affirmer que le pus de notre malade est stérile.

Un autre examen s'imposait. Étant donné le très intéressant travail de MM. Leredde et Perrin sur l'anatomie pathologique de la dermatose de Dühring et le rôle important que les auteurs y font jouer à la présence, en nombre considérable, de cellules éosinophiles, nous avons recherché avec soin ces éléments dans le sang et le pus de notre malade. Les recherches furent faites à différentes reprises, soit avec l'hématéine et l'éosine, soit avec l'hématéine et l'orange, et *elles restèrent infructueuses*. Le pus contient bien quelques-uns de ces éléments, mais en quantité si infime qu'ils perdent absolument toute importance diagnostique.

Cette dermatose est remarquable par son évolution sous la forme de poussées successives, par la généralisation des poussées pustuleuses à tous les foyers en activité, par la réaction fébrile qui accompagne ces poussées, par le caractère essentiellement et primitivement purulent des éléments éruptifs, par le polymorphisme si singulier des soulèvements bulleux et l'infinie variété des figures curvilignes qu'ils revêtent, par la persistance dans l'aire des foyers de ces soulèvements bulleux et purulents, par l'absence de végétations, et par l'extension des lésions à la muqueuse buccale.

Cette dermatose se sépare de la *dermatite pustuleuse chronique et végétante* que l'un de nous a décrite, par l'absence de végétations, par la disposition symétrique des placards éruptifs et surtout par ce fait que les poussées pustuleuses se font simultanément dans tous les foyers éruptifs ; ce fait indique nettement qu'elles se produisent ici sous l'influence d'une dyscrasie générale, tandis que, dans l'autre maladie, il s'agit de processus multiples, mais locaux, dont chacun a son évolution propre.

Les analogies sont plus grandes avec les affections englobées sous la dénomination d'*impétigo herpétiforme* : elles sont constituées par des poussées généralisées avec réaction fébrile, débutant par des pustulettes miliaires et se groupant en foyers qui s'étendent excentri-

quement ; mais la dermatose de notre malade s'en différencie, non seulement parce qu'elle s'est développée en dehors de la grossesse, des observations multiples montrent que cette condition n'est nullement essentielle à l'impétigo herpétiforme, mais aussi par sa longue durée et l'aspect si singulièrement multiforme des soulèvements pemphigoides.

On pourrait penser à une *dermatite herpétiforme* ; on sait que Dühring a décrit une forme purulente de cette dermatose ; actuellement encore, nous en avons un remarquable exemple dans notre service ; l'un de nous a eu l'honneur de vous le présenter l'an passé ; dans les deux cas, on observe ces poussées généralisées d'éléments qui se localisent de préférence, bien que non constamment, dans les mêmes foyers, envahissent la muqueuse buccale et s'accompagnent d'une intense réaction fébrile d'une bénignité relative ; nous noterons cependant que l'on n'observe, chez notre malade, ni le prurit intense, ni la nature primitivement séreuse de l'exsudat et sa transformation secondaire en liquide purulent, ni enfin la présence de nombreuses cellules éosinophiles, éléments qui, d'après les observations de MM. Leredde et Perrin, caractérisent cette dermatose.

Il s'agit donc là de types distincts, bien que voisins.

Si en effet l'on cherche à pénétrer quel peut être le mode de production de ces différentes dermatoses, on arrive, pour chacune d'elles, à des hypothèses analogues ; il devient de plus en plus probable qu'il s'agit d'intoxications par des produits autochtones ; on peut invoquer, en faveur de cette manière de voir, la possibilité de provoquer des éruptions généralisées en introduisant dans l'organisme des toxines telles que celles de la tuberculine de Koch ou du sérum diphtéritique ; nous rappellerons, d'autre part, que chez un de nos malades, M. Tête, alors notre interne en pharmacie, a trouvé, dans l'urine, des alcaloïdes cristallisés ; ces jours derniers, chez le même malade, mais par un autre procédé, ainsi que nous l'avons dit plus haut, M. Vadam, interne en pharmacie dans notre service, a de nouveau trouvé les mêmes corps. On ne peut nier que ces faits ne constituent des arguments de premier ordre en faveur de la nature de la théorie qui rattache à la production dans l'organisme de toxines phlogogènes le développement de cette dermatose.

L'impétigo herpétiforme et la maladie que nous avons sous les yeux présentent assez d'analogies avec la maladie de Dühring pour que l'on soit autorisé, à priori, à considérer ces formes morbides comme étant des causes semblables ; ce qui les différencie, selon toute vraisemblance, c'est la nature de ces toxines : les unes provoquent une exsudation séreuse et donnent lieu à la production de cellules éosinophiles, ce sont celles de la dermatite herpétiforme ; si elles suppurent, c'est secondairement, par suite de l'invasion de microbes pyogènes ; avec d'autres, les éléments éruptifs sont d'emblée

purulents et l'examen bactériologique n'y découvre aucun parasite: il en est ainsi chez notre malade.

On doit se demander comment, dans cette hypothèse, les toxines ne donnent pas lieu à la production de pus dans le système vasculaire et, par suite, à une infection purulente; il faut admettre qu'elles subissent dans la peau une modification qui leur donne cette action pyogénique.

Nous résumerons ainsi qu'il suit les conclusions de ce travail:

1. Parmi les différentes formes de dermatite suppurative, il en est une qui se développe en dehors de la grossesse et se reproduit pendant de longues années par poussées fébriles successives;
2. L'éruption y est d'emblée purulente;
3. Elle affecte les formes curvilignes les plus variées, représentant soit maints caractères de l'alphabet tels que le C, le G, le J et l'S ou d'autres signes, tels que des points d'interrogation dos à dos;
4. Il n'y a pas de microbes dans ce pus, si on l'examine au moment où il vient d'être exsudé;
5. La dermatose est liée selon toute vraisemblance au développement de toxines pyogènes;
6. Cette dermatose peut être dénommée DERMATITE PUSTULEUSE MULTIFORME A POUSSÉES SUCCESSIVES;
7. Elle se distingue de la dermatite pustuleuse en foyers à progression excentrique par ce fait que les poussées éruptives y sont généralisées et qu'il s'agit par conséquent d'une maladie de cause interne;
8. Elle se distingue de la dermatite herpétiforme de Dühring par le caractère primitivement purulent des éléments éruptifs ainsi que par l'absence de cellules éosinophiles et de microbes pyogènes;
9. Elle diffère du type classique de l'impétigo herpétiforme par son développement en dehors de l'état puerpéral, par sa longue durée, par l'aspect si étrangement varié des soulèvements bulleux.

Le Secrétaire,

L. JACQUET.

SÉANCE SUPPLÉMENTAIRE DU 27 FÉVRIER 1896

Présidence de M. Ernest Besnier.

SOMMAIRE. — Contribution à l'étude du traitement de la syphilis par les injections de calomel. (Exposé des résultats de 400 injections), par M. PORTALIER. (Discussion : MM. FOURNIER et MOREL-LAVALLÉE). — Des injections sous-cutanées mercurielles dans le traitement de la syphilis, par M. ABADIE. — Un coup d'œil rapide sur le traitement de la syphilis au moyen des injections de calomel, par M. SCARENZIO. — Au sujet des injections de calomel, par MM. REY et L. JULIEN (d'Alger). — Les injections d'huile au biiodure de mercure, par M. DE LAVARENNE. — Traitement de la syphilis par les injections de préparations mercurielles insolubles et de préférence de calomel, par M. BARTHÉLEMY. — Sur la valeur des injections hypodermiques dans le traitement de la syphilis, par M. HALLOPEAU. — A propos de la discussion sur les injections hypodermiques mercurielles insolubles dans le traitement de la syphilis, par M. GALEZOWSKI.

Discussion générale. — MM. VERCHÈRE, GASTOU, ABADIE, HALLOPEAU, BALZER, DU CASTEL, EUDLITZ, FOURNIER, BROCC, DE LAVARENNE, BARTHÉLEMY, PORTALIER.

Contribution à l'étude du traitement de la syphilis par les injections de calomel. (Exposé des résultats de 400 injections.)

Par M. P. PORTALIER.

J'ai l'honneur de vous communiquer les résultats des injections de calomel, appliquées au traitement de la syphilis, que j'ai pratiquées depuis quatorze mois sous la direction de mon cher et honoré maître, M. le professeur Fournier, qui a bien voulu me confier le soin de ces injections chez un certain nombre de ses malades de ville. Presque tous ces malades ont été suivis par M. le professeur Fournier, et c'est sous le couvert de son autorité que je vous présente ces résultats qui portent sur un ensemble de 400 injections, lesquelles se répartissent sur 65 sujets.

Je passerai en revue successivement les trois points suivants :

I. — Technique opératoire.

II. — Effets locaux et phénomènes de réaction générale des injections.

III. — Action thérapeutique.

I. — PREMIER POINT. — *Technique opératoire.* — Je commence par dire que je ne suis pas arrivé du premier coup à la technique opératoire que j'ai adoptée aujourd'hui et pour le choix de laquelle je me suis inspiré de l'expérience de mes maîtres ou de mes confrères aussi bien que de ma propre expérience. C'est ainsi que j'ai pratiqué le plus grand nombre de ces injections d'abord avec une seringue en verre (à laquelle j'ai dû renoncer pour son imperfection), puis avec la seringue de Pravaz, armées l'une et l'autre d'une aiguille en platine iridié d'une longueur de quatre centimètres, et que je puisais primitivement le liquide de l'injection à une provision renfermée dans un flacon d'une contenance de vingt centimètres cubes, flacon bouché à l'émeri dont le contenu avait été stérilisé et dont j'avais soin de flamber chaque fois les bords et le bouchon.

Je reconnais que cette pratique peut exposer à plusieurs reproches, entre autres celui d'user, avec la seringue de Pravaz, d'un instrument qu'il est difficile d'asepsier d'une façon irréprochable ; celui encore d'avoir un mélange où, malgré toutes les précautions prises, il peut s'introduire des germes lors de l'ouverture du flacon.

Aussi bien me servé-je aujourd'hui comme seringue de celle du Dr Feulard à qui je me plais à rendre hommage pour l'ingénieux perfectionnement qu'il a su apporter à la seringue de verre ordinaire. Je n'ai pas à vous en faire la description, l'auteur vous l'ayant faite lui-même dans une communication récente. Cette seringue est soumise à l'ébullition dans l'eau distillée avant chaque injection.

Comme aiguille, j'emploie actuellement une aiguille, en platine iridié, d'une longueur de cinq ou six centimètres suivant l'embonpoint du sujet, qui est chauffée au rouge dans toute son étendue (y compris son embouchure) après chaque injection et qui est flambée au moment même de la piqûre. Voilà pour l'instrumentation.

La formule du liquide injectable auquel j'ai recours est la suivante :

Calomel à la vapeur cinq centigr.
Cocaïne pure..... un centigr.
Huile d'olives..... q. s. pour former 1 centim. cube.

Le calomel est finement porphyrisé et lavé à l'alcool. L'huile d'olives est lavée à l'alcool et stérilisée.

On triture le calomel en ajoutant peu à peu l'huile cocaïnée. Enfin ce mélange (préparé aussi près que possible du moment de l'injection) est versé dans un tube stérilisé au four Pasteur, puis est encore

stérilisé à l'autoclave (1). J'ai adopté comme récipients des tubes de verre qui renferment chacun la dose nécessaire pour une seule injection et qui permettent de bien agiter le mélange et de plonger à leur intérieur l'extrémité préalablement flambée de la seringue. Il semble vraiment dans ces conditions qu'on soit assuré d'éviter l'introduction d'un germe quelconque dans le liquide injectable.

La peau de la région choisie comme lieu de la piqûre est lavée à la liqueur de Van Swieten ou à l'alcool. J'enfonce perpendiculairement dans toute sa longueur l'aiguille ajustée à la seringue. Je retire la seringue pour m'assurer qu'il ne s'écoule point de sang par le canal de l'aiguille, et je fais ensuite pénétrer lentement et en totalité le mélange de calomel dans les tissus. Enfin, l'injection terminée, je retire l'aiguille aussi vivement que possible, puis je lave encore la surface de la piqûre et la recouvre de collodion. Cette piqûre n'est pas douloureuse ; à peine le patient se rend-il compte de ce qu'on lui fait.

J'ai pratiqué les injections tantôt dans la fossette rétro-trochantérienne, tantôt dans la région fessière supérieure alternativement à gauche et à droite, le patient étant allongé sur le ventre et dans la résolution la plus complète possible. D'après les résultats locaux que j'ai constatés à la suite des piqûres faites dans l'un ou dans l'autre de ces deux points d'élection, je ne crois pas qu'il y ait lieu d'accorder de préférence à celui-ci ou à celui-là. Peut-être les nodi consécutifs sont-ils plus rares à la suite des injections pratiquées dans la région fessière.

II. — Voici ce qu'il m'a été donné d'observer comme effets locaux des injections de calomel et comme effets de réaction générale.

Sur 400 injections :

Dix fois (c'est-à-dire au pourcentage 2,5 p. 100) j'ai vu survenir vers le deuxième ou le troisième jour un gonflement énorme, un empâtement diffus, dur, de la région injectée avec rougeur et chaleur vive de la peau, à tel point qu'on se serait cru à la veille d'un phlegmon. Et cependant cette complication ne s'est jamais produite. Dès le cinquième ou le sixième jour, cette violente poussée inflammatoire avait pris fin.

57 fois (c'est-à-dire 14,2 p. 100) le gonflement a été assez considérable, s'accompagnant encore d'un peu de rougeur et de chaleur de la peau.

162 fois (c'est-à-dire 45 p. 100) il a été moyen, avec un certain degré de chaleur de la peau, sans rougeur.

152 fois (c'est-à-dire 38 p. 100) il a été léger.

(1) C'est M. Vicario, pharmacien et chimiste distingué, qui s'occupe du soin de cette réparation.

19 fois (c'est-à-dire 5 p. 100 en chiffres ronds) il a été nul.

C'est le lendemain ou le surlendemain de l'injection qu'apparaît ce gonflement, cet empatement toujours plus ou moins dur et sensible à la pression, de la région injectée. A partir du quatrième jour il commence à se résoudre ; la rougeur et la chaleur de la peau s'éteignent et, vers le sixième ou le septième jour, il ne subsiste plus qu'une nodosité, très variable comme volume (volume d'un petit œuf, d'une noix, d'une noisette), tantôt profonde, tantôt superficielle et faisant corps avec les téguments. Ces nodi consécutifs, qui ont bien rarement fait défaut, s'effacent en moyenne du dixième au douzième jour ; mais ils persistent parfois (surtout pour les dernières injections, quand il en a été pratiqué un certain nombre de suite) pendant des semaines et même des mois. Mon ami le docteur Morel-Lavallée a signalé deux cas, chez des femmes, où, depuis six mois, des nodosités superficielles persistent, avec cette particularité qu'à leur surface la peau a pris une teinte d'un bleu noirâtre. J'ai rencontré pour ma part une dizaine de fois peut-être (mais je ne saurais préciser le chiffre), à l'endroit même de la piqûre et au bout de plusieurs mois, des stigmates tels qu'une coloration tantôt rougeâtre, tantôt violacée ou brunâtre de la peau, offrant les dimensions soit d'une pièce de dix sous, soit d'une pièce de un franc.

Un autre phénomène de réaction locale presque constant, mais des plus variables comme degré, a été la douleur.

Sur 400 cas, 12 fois, c'est-à-dire 3 fois sur 100, la douleur a été littéralement insupportable ;

72 fois, c'est-à-dire 18 fois sur 100, elle a été très vive ou vive ;

155 fois, c'est-à-dire 38,7 fois sur 100, moyenne, facilement tolérable ;

149 fois, c'est-à-dire 37,2 fois sur 100, légère ;

12 fois, c'est-à-dire 3 fois sur 100, nulle.

Six malades sur 65 ont été tellement éprouvés par la douleur qu'ils se sont refusés à toute tentative nouvelle d'injection.

D'une façon générale, voici ce qui s'est passé :

Quelquefois le soir même de la piqûre, plus souvent le lendemain ou le surlendemain, le malade ressent à l'occasion des mouvements une douleur plus ou moins forte limitée d'ordinaire à la région injectée mais qui peut irradier vers la cuisse et la jambe, ou encore vers la région lombaire.

C'est ainsi qu'il souffre quand il marche, quand il monte un escalier, quand il se baisse, quand, assis, il se relève ou veut croiser sa jambe sur l'autre, quand dans son lit il se retourne et surtout quand au lit, il se pose sur le côté injecté. A partir du quatrième jour, cette douleur tend à disparaître. Il n'existe plus alors qu'un peu de gêne et une vague sensibilité à l'occasion des seuls grands mouvements.

Les malades comparent cette douleur soit à une névralgie sciatique, soit à du rhumatisme, soit, plus communément, à celle que déterminerait un fort coup de bâton (sensation de meurtrissure, de contusion). Le décubitus dorsal, comme je l'ai dit, en raison de la pression qui s'exerce dans cette position sur le point injecté, est particulièrement douloureux. Ceci explique l'insomnie dont se plaignent les malades pendant les deux ou trois premières nuits qui suivent l'injection.

D'autres fois la douleur est à ce point légère que les sujets peuvent aller et venir comme de coutume, voire monter à cheval et à bicyclette presque aussitôt. Ils ressentent un peu de gêne pendant un jour ou deux et c'est tout.

Dans les douze cas où la douleur fut insupportable les malades durent garder le lit pendant plusieurs jours.

Chez six sujets condamnés à garder le lit dans une immobilité presque absolue, tant le moindre mouvement éveillait une douleur atroce, il survint en même temps des phénomènes généraux caractérisés par de la fièvre et de l'embarras gastrique (céphalalgie, frissons, langue saburrale, inappétence, lassitude et courbature extrêmes) qui durèrent près d'une semaine. Faut-il voir là les effets d'une infection accidentelle? Je ne le crois pas. Chez ces six malades j'avais pris pour l'injection toutes les précautions antiseptiques habituelles et je ne vois aucune faute opératoire à me reprocher. D'ailleurs — et c'est un point qui jusqu'ici ne me semble pas avoir été suffisamment mis en lumière — il est fréquent d'observer de la fièvre à la suite des injections.

Ainsi sur 400 cas j'ai noté :

6 fois, c'est-à-dire 1,5 p. 100, une forte fièvre s'accompagnant, comme je viens de le dire, d'un véritable embarras gastrique, — et 102 fois, c'est-à-dire 25,5 p. 100, un léger mouvement fébrile avec un peu de malaise, de courbature, de fatigue générale et d'insomnie pendant deux ou trois jours et autant de nuits, à partir du lendemain de l'injection.

Ne sont-ce pas là plutôt des phénomènes généraux dépendant du travail inflammatoire qu'entraîne la transformation chimique du sel mercuriel insoluble introduit dans les tissus et en rapport avec la susceptibilité individuelle de chacun. D'autant plus que je note encore :

Dans 46 cas, c'est-à-dire 11,5 p. 100, de l'insomnie sans fièvre pendant les deux ou trois premières nuits consécutives à l'injection ;

Et dans 34 cas, c'est-à-dire 9,7 p. 100, de la lassitude, de la fatigue générale et de l'inappétence durant les premiers jours qui suivirent la piqure.

Il est vrai que l'insomnie du moins peut s'expliquer par la douleur que provoque le décubitus dorsal. Je l'ai cependant rencontrée dans certains cas où la douleur post-injectionnelle avait été à peu près nulle.

Quatre fois (c'est-à-dire 1 fois sur 100), chez quatre malades différents, j'ai vu se produire un abcès. Dans ces cas, tout se passa au début comme d'habitude. Seulement la nodosité terminale, au lieu de se résoudre, augmenta de volume, se ramollit et devint douloureuse; la peau, à sa surface, prit une teinte de plus en plus rouge, s'amincit, et, du dixième au douzième jour, la tumeur s'abcédait pour livrer passage à une matière épaisse, visqueuse, filante, rougeâtre et surtout à du sang. Quatre à cinq jours plus tard il n'y paraissait plus. Ces abcès ne se sont accompagnés d'aucun phénomène fébrile notable. Ils ont été assez peu douloureux. Même les malades ont pu aller et venir au cours de leur durée. Faut-il encore ici prononcer le mot d'injection? Seul, l'examen bactériologique du liquide pourrait nous renseigner et il n'a été fait dans aucun de ces quatre cas. Mais vu l'apparition tardive de ces abcès, leur marche, la nature de leur contenu, l'absence de symptômes généraux concomitants, leur origine infectieuse ne me semble rien moins que prouvée et ils me paraissent rentrer dans la catégorie des abcès aseptiques (à ce propos je rappellerai le nom de M. Balzer) qui ont été maintes fois signalés à la suite des injections de calomel et qui peut-être résultent d'une faute opératoire méconnue, en dehors de l'asepsie des instruments et du liquide.

Chez les individus à bouche saine, je n'ai pas observé même de salivation. Je n'ai pas davantage observé de stomatite sérieuse chez ceux dont la bouche était déjà en état de gingivite chronique soit du fait d'une dentition mauvaise et d'une hygiène insuffisante, soit du fait de traitements mercuriels antérieurs, et qui, en raison de la gravité de leurs accidents spécifiques, n'avaient pas le temps de recourir aux soins d'un dentiste avant d'aborder ce nouveau traitement. Les cas de gingivite chronique ont été plutôt entretenus qu'aggravés par les injections. Cinq fois seulement (c'est-à-dire 1,2 p. 100) il est survenu pendant 2 ou 3 jours un peu de salivation.

6 fois (c'est-à-dire 1,5 p. 100) il survint de la diarrhée qui se limita à quelques selles liquides durant 2 jours. Un malade encore se plaignit d'avoir ressenti durant plusieurs jours quelques coliques sans diarrhée après chacune des cinq injections qu'il reçut.

La dose de calomel employée a, pour ainsi dire, toujours été de cinq centigr. par injection. Dans quelques cas j'ai limité la dose à 3 centigr. ; dans quelques autres j'ai pu la porter à 7, 8 et 9 centigr. sans le moindre inconvénient.

Les injections ont été pratiquées par séries, chaque série comprenant, suivant les besoins de la cause, 4 à 5 injections, très rarement davantage, qui ont été faites une tous les huit ou dix jours. Les séries enfin étaient plus ou moins rapprochées suivant les résultats obtenus ou à poursuivre, mais elles ont toujours été séparées d'un intervalle

minimum de cinq semaines. C'est ainsi qu'un malade affecté d'une glossite tertiaire des plus anciennes et des plus rebelles reçut dans l'espace de quatorze mois vingt injections, de 5 centigr. chacune, réparties en cinq séries.

La femme supporte-t-elle moins bien que l'homme les injections de calomel ? Il le paraîtrait, d'après ce que j'ai vu, malgré le nombre restreint des sujets féminins que j'ai été appelé à traiter ainsi, car je ne compte que 4 femmes sur les 65 malades en cause. Dans tous les cas, il semble prudent de débiter chez la femme par une dose un peu plus faible que chez l'homme.

Je n'ai aucune pratique des injections de calomel chez l'enfant.

En ce qui concerne l'âge des adultes auxquels on se propose d'appliquer cette méthode de traitement, je dirai que, d'après mes observations, tous les âges, jusqu'à celui de 65 ans et au delà, me paraissent se prêter à cette cure. Une seule précaution est à prendre, celle d'examiner les urines du malade, afin de se méfier tout au moins, sinon de s'abstenir, en cas d'albuminurie et de diabète. Il m'est arrivé une fois de faire des injections à un homme affecté d'une albuminurie d'origine vraisemblablement spécifique. Les urines renfermaient depuis des mois 60 à 80 cent. d'albumine par litre. Rien d'anormal ne se produisit.

III. — *Résultats thérapeutiques.* — Si, dans cette question, il est un point sur lequel l'accord, je crois, soit général, c'est bien celui qui a trait aux résultats thérapeutiques de cette méthode de traitement.

Cette pratique a été toute-puissante dans un certain nombre des cas de syphilis où je l'ai employée sous la direction de mon maître, M. le professeur Fournier. Il faut cependant distinguer ici deux ordres d'accidents pour lesquels on est appelé à faire intervenir les injections de calomel, les *accidents syphilitiques vrais* et les *accidents parasymphilitiques*.

Dans le premier ordre d'accidents, elles ont donné souvent les résultats les plus remarquables. De même elles ont échoué contre les accidents du second ordre, tels entre autres que le tabes confirmé et la paralysie générale.

Parmi les accidents de nature syphilitique proprement dite, je me bornerai à relever les suivants pour l'intérêt général qu'ils présentent.

13 cas de glossite tertiaire ;

3 cas d'artérite cérébrale ;

3 cas de syphilis maligne précoce ;

1 cas de syphilis douteuse où le traitement a décidé de la nature de la lésion.

Les 13 cas de glossite tertiaire représentaient des cas de glossites

anciennes, essentiellement chroniques, datant de plusieurs, voire de nombreuses années, et dépendant de syphilis vieilles de 6, 8, 10, 15, 20 ans. Je peux dire sans exagération que les malades avaient épuisé tous les traitements accoutumés (pilules de protoiodure, pilules de sublimé, iodure de potassium, cures thermales avec frictions mercurielles, etc.). Chaque traitement nouveau, ou chaque reprise de traitement, apportait une amélioration, ou même guérissait à peu près les sujets, puis les lésions reprenaient leur activité aussitôt que le traitement était interrompu pour une cause ou pour une autre, pour une raison d'intolérance le plus souvent. Or, dans ces 13 cas, j'ai constaté dès les deux premières injections d'abord la cessation des phénomènes douloureux si pénibles qu'éprouve le malade au contact des aliments solides, par exemple, ou des boissons soit un peu chaudes, soit trop froides, ou simplement même quand il parle. La tuméfaction de la langue avait notablement diminué et les plaques d'induration avec les fissures qui les sillonnent et les érosions qui les recouvrent s'étaient transformées déjà. Bref, onze fois sur treize, une guérison complète a été obtenue, mais j'ajoute que ce fut au prix d'injections multipliées. Jamais, de l'aveu des malades, aucun traitement ne leur procura de soulagement si rapide, n'amena la disparition si prompte des accidents et n'en amena surtout, comme l'a fait celui-ci, la *disparition totale*; mais il n'en est pas moins vrai qu'il a fallu pour la plupart de ces malades des *séries* d'injections afin d'arriver au résultat actuel compromis plusieurs fois par des débuts de récurrence survenant dès l'interruption des piqûres.

Je n'en veux pas moins insister sur cette efficacité singulière, signalée déjà d'ailleurs, des injections de calomel dans ces cas désespérants de vieilles glossites spécifiques. C'est à l'actif de ce mode de traitement un avantage qui est à retenir pour sa précision même et qui, jusqu'à nouvel ordre, semble constituer un point acquis. En effet, d'une façon générale, et en dépit de certains échecs indéniables, les injections de calomel, appliquées au traitement des glossites tertiaires, déracinent le mal à proprement parler. Les récurrences mêmes qui surviennent par la suite, et avec lesquelles il faut cependant compter, ne sont plus d'ordinaire que des tentatives timides de la maladie qui cèdent à une simple injection nouvelle. Le fond de la lésion reste transformé. Au lieu de ces infiltrations, de ces indurations, de ces crevasses qui, autrefois, se reproduisaient dès qu'on suspendait le traitement, on voit réapparaître par exemple une petite plaque desquamée, une érosion, une fissure, et rien de plus, lésion légère dont, je le répète, on a presque toujours facilement raison. Tel est, du moins, ce que M. le professeur Fournier et moi avons maintes fois constaté jusqu'à présent.

Il me reste encore à signaler les bons effets des injections de calomel.

1° Dans trois cas d'artérite cérébrale qui se sont terminés par une guérison aussi complète que possible.

2° Dans trois cas de syphilis maligne précoce, où, dans l'un, les injections ont permis, entre autres résultats, de sauver un œil affecté de gommages de l'iris et considéré comme à peu près perdu à la suite d'un traitement interne intensif institué antérieurement; où, dans un autre, elles firent disparaître en deux séances de grosses syphilides végétantes de la face et des membres qui avaient résisté à deux mois d'une médication interne des plus actives.

Enfin, dans un cas particulièrement intéressant où il s'agissait d'une lésion ulcéreuse de la lèvre inférieure et d'une partie du menton, lésion ancienne, si suspecte d'apparence qu'on l'avait qualifiée d'une façon presque formelle d'épithélioma, deux injections établirent le diagnostic et deux autres amenèrent la guérison.

Donc, les injections de calomel font merveille en certains cas. Elles semblent un spécifique souverain contre les formes graves ou rebelles, incessamment récidivantes, de la vérole, et soit de la vérole jeune, soit de la vérole avancée en âge (telles que les vieilles glossites tertiaires, surtout).

Mais, de ce qu'elles constituent une méthode de traitement dont la haute efficacité n'est plus à démontrer, est-ce une raison pour en faire une méthode d'application courante, usuelle? Je ne le crois pas. — Certes, il serait injuste de dire qu'elles ne peuvent servir qu'au titre de moyen thérapeutique d'exception. Il n'en est pas moins légitime de reconnaître qu'elles ne paraissent répondre qu'à des indications spéciales et limitées. Et j'estime qu'il n'en est pas ainsi seulement en raison de leurs inconvénients, bien que ce soit là un motif qui mérite une sérieuse considération, car, suivant ce vieux proverbe : « qui veut la fin veut les moyens », je pense qu'en égard au but si fréquemment atteint lorsqu'on a recours à ces injections l'on doit passer sur leurs inconvénients et insister même pour les faire accepter des malades, si déplaisantes qu'elles puissent être. Mais cette méthode, en fin de compte, réussit-elle toujours à guérir? Non. J'ai plusieurs cas où 4, 6, 10 injections n'ont à peu près rien fait ou n'ont pas fait mieux que tout autre remède. Met-elle sûrement à l'abri de nouvelles atteintes du mal ou préserve-t-elle des récidives de la lésion même qu'elle est appelée à combattre? Non. J'ai plusieurs cas encore où des lésions syphilitiques nouvelles ont apparu au cours même du traitement, où la lésion qui venait de disparaître reparaisait au lendemain de la suspension du traitement. N'est-on pas en droit de prétendre dans ces conditions que les injections de calomel représentent seulement une méthode thérapeutique d'indications spéciales, c'est-à-dire une méthode applicable à certains cas où il semble qu'elle seule puisse faire ce que n'ont pu réaliser les autres.

Est-ce que les injections de sublimé, est-ce que les injections d'huile grise ne donnent pas également des résultats remarquables ? Faut-il méconnaître l'action curative des frictions ? Et l'administration du mercure par la bouche a-t-elle perdu toute valeur et accompli son temps ? Dans une question aussi complexe qu'est celle du traitement de la syphilis, l'éclectisme est de rigueur. On ne saurait présentement concevoir un traitement de la vérole systématiquement fixé d'avance au point de vue de sa formule thérapeutique, car il n'est pas de maladie peut-être qui offre, soit pour des raisons physiques, soit pour des raisons morales, un plus grand nombre d'indications diverses.

Aussi bien, comme conclusion dernière, d'après ce qu'il m'a été donné d'observer, me considérè-je autorisé à dire : qu'il faut prendre les injections de calomel pour ce qu'elles sont, comme un moyen puissant d'action dans certains cas que l'expérience journalière contribuera à préciser ; comme un nouveau remplaçant précieux de la médication interne devant l'intolérance des voies digestives ; comme le meilleur moyen d'épreuve peut-être, lorsque le diagnostic hésite sur la nature spécifique d'une lésion ; — mais, au total, comme une méthode thérapeutique en voie d'essai, qui compte des intolérants absolus parmi les malades, qui parfois est infidèle et dont il n'est surtout permis de rien préjuger encore quant à ses résultats définitifs, quant à son efficacité sur les accidents à venir de la syphilis, voire sur la récurrence même des accidents qu'elle commence par effacer avec une rapidité souvent si prodigieuse, en un mot, et d'une façon générale, quant à la nature et à la qualité du coup qu'elle porte à la vérole. Et c'est par le temps seul, et par un long temps, que pourra se juger cette question.

M. FOURNIER. — Je me garderai d'ajouter un commentaire à l'exposé des résultats que M. le Dr Portalier vient de vous présenter d'une façon si complète et si précise. Il a dit et fort bien dit, à mon gré tout au moins, tout ce qui dérive de notre observation commune.

C'est sur deux autres points que je désire appeler l'attention de la Société.

I. — Il me semble qu'à l'heure présente toute la partie du sujet qui est relative à la technique, aux inconvénients et aux accidents de la méthode en question, se trouve à peu près épuisée par ce qu'ont dit ici nombre de nos collègues. Le temps serait donc venu, si je ne me trompe, de tourner nos regards vers d'autres horizons. J'entends : le temps serait venu de discuter les *indications*, comme aussi les contre-indications de la méthode.

Si bonne puisse-t-elle être, en effet, il ne se trouvera personne, je crois, pour la donner comme bonne à tout et dans tous les cas. Il s'agirait donc de savoir ce à quoi elle peut être *spécialement* bonne, de préciser les cas auxquels elle convient, et notamment les cas auxquels elle convient *mieux* que tel ou tel autre traitement.

Je précise. Il s'agirait de dire non pas qu'avec les injections de calomel on a guéri ceci ou cela (car avec n'importe quelle méthode on peut, en fait de manifestations syphilitiques, guérir celle-ci ou celle-là), mais qu'avec les injections de calomel on a guéri telle ou telle lésion spécifique d'une façon particulièrement heureuse, rapide et persistante. Comme aussi il serait non moins utile de savoir qu'en tels ou tels autres cas le traitement par les injections de calomel n'a pas mieux réussi que tel ou tel autre traitement.

C'est là ce que déjà réclamait très sagement, à mon sens, M. le professeur Renaut au Congrès de Lyon, quand il disait : « Il n'est pas douteux que les injections de calomel ne soient un bon procédé de mercurialisation. Mais actuellement toute la discussion devrait porter sur les indications de cette méthode. » C'est là le terrain sur lequel, à mon tour, je voudrais appeler le débat.

Or, abordant sans autre transition ce point spécial, je demanderai à la Société la permission d'exposer en quelques mots ce que m'a appris à ce propos une observation déjà assez longue, c'est-à-dire de préciser quels sont les accidents spécifiques que les injections de calomel m'ont paru aptes à réprimer le mieux, à guérir le plus rapidement, le plus sûrement.

1^o Je signalerai, en premier lieu, un cas de guérison vraiment surprenante, presque extraordinaire, relative à un énorme *chancre phagédénique* de la langue. Ce chancre, que j'ai montré à la plupart de mes collègues de Saint-Louis, médecins ou chirurgiens, ne mesurait pas moins de 6 centimètres de diamètre antéro-postérieur sur 4 à 5 centimètres de large. Tel, de plus, était l'aspect de cette singulière lésion que personne, à commencer par moi, n'avait osé en faire le diagnostic. Les uns la considéraient comme une ulcération de glossite tertiaire, et les autres la taxaient d'épithéliome. Empiriquement, je tentai les injections de calomel. Ce fut un coup de théâtre. Amélioration soudaine, puis guérison.

Certes, mon siège est fait pour une semblable occurrence, et, si elle se représente jamais à moi, c'est bien sûrement aux injections de calomel que j'aurai recours d'emblée, de préférence à toute autre méthode.

2^o A citer, en second lieu, deux cas de *syphilis maligne précoce* où, vraiment, le calomel a agi d'une façon particulièrement heureuse, comme intensité et comme rapidité de résultats.

3^o Une troisième indication est relative aux *glossites tertiaires*, notamment aux glossites tendant à la *forme scléreuse*, dont je n'ai pas à dire le caractère tenace et rebelle. Plusieurs fois j'ai eu à me louer, contre ce genre d'accidents, des injections de calomel, et je crois leur devoir des résultats que j'aurais eu grand-peine à obtenir soit des pilules, soit de l'iodure, soit même des frictions qui, jusqu'à présent, étaient ce que nous avions de mieux contre ce genre de lésions.

Je citerai comme exemple un cas de glossite scléreuse profondément ulcérationnelle et d'un aspect tel qu'un chirurgien de cet hôpital et moi-même avons été bien tentés de considérer cette lésion comme un épithéliome. Or, ce prétendu épithéliome fut, sinon guéri, du moins amélioré dans une étonnante proportion par une série d'injections au calomel. Soit dit au passage, des accidents de syphilis cérébrale, dont était affecté le malade por-

teur de cette lésion, ne subirent aucune modification favorable de ce même traitement.

Donc, c'est encore aux injections de calomel qu'avec le concours de l'iodure je donnerai la préférence sur toute autre méthode pour le traitement des glossites tertiaires à tendance scléreuse.

4° En quatrième lieu, je vous rappellerai un très beau cas de *laryngite syphilitique grave*, dont la guérison fut obtenue d'une façon étonnamment rapide par l'emploi de la même méthode. Ce cas vous a été présenté par M. le Dr Mendel et se trouve consigné dans nos Annales (année 1895, p. 208).

5° Mais, à coup sûr, l'indication la plus précise et la plus formelle de la méthode se trouve dans un genre d'accidents que je tiens à bien préciser. Je veux parler de ces *syphilides linguales* de forme secondaire qui survivent pour longtemps à la période secondaire chez certains sujets, notamment chez les fumeurs. De forme tantôt érosive et tantôt sèche, consistant le plus souvent en de simples plaques roses à surface « fauchée » qui ont reçu le nom de « glossite décapillante », ces lésions se prolongent souvent avec opiniâtreté, pullulent et repullulent pour de longues années, résistent aux traitements usuels ou ne leur cèdent qu'à une façon éphémère, et aboutissent, toutes bénignes soient-elles, à faire le désespoir des malades. Chacun de nous a vu des cas de cet ordre, que besoin n'est pas de caractériser plus amplement. Or, ces cas sont un véritable triomphe (le mot n'a rien d'exagéré) pour les injections de calomel qui, non pas toujours, mais très généralement, les guérissent d'une façon rapide, et délivrent à brève échéance les malades de ce qui, pour eux, constituait un véritable supplice et une angoisse chronique.

Sans doute, les lésions de ce genre ne sont pas incurables par d'autres traitements. J'en ai guéri par le mercure en ingestion. Plus souvent et plus sûrement j'en ai guéri avec les frictions. Mais, à coup sûr, il n'est pas de traitement qui fasse, en pareil cas, ce que font les injections de calomel, ni aussi sûrement, ni aussi rapidement. On peut dire qu'elles constituent en l'espèce le meilleur traitement, le traitement d'élection.

Voilà donc, quant à présent, cinq ordres de cas où les injections de calomel m'ont paru préférables à d'autres médications.

En revanche, je ne leur ai pas reconnu d'avantages bien marqués contre nombre d'autres accidents spécifiques, par exemple contre les syphilides cutanées secondaires, contre les syphilides muqueuses de la même période, contre les adénopathies, les accidents nerveux, les manifestations osseuses, l'albuminurie, non plus encore que contre les localisations cérébrales et médullaires. Réservons toutefois ces deux dernières catégories d'accidents, pour lesquelles l'appréciation d'une méthode thérapeutique est particulièrement délicate.

Inutile d'ajouter que je n'ai rien obtenu de la méthode dans les cas d'atrophie papillaire, de tabes et de paralysie générale.

II. — Un second point m'a surpris dans l'étude à laquelle j'ai soumis les injections de calomel : c'est la singularité de *récidives spécifiques* succédant presque tout aussitôt à tel ou tel succès éclatant obtenu par cette méthode. Je précise.

Plusieurs fois j'ai observé ceci. Une manifestation spécifique importante vient d'être effacée, guérie d'une façon brillante par le calomel. Puis, voici qu'à quelques semaines ou quelques jours de date, voire en plein cours de traitement, surgit de la façon la plus inattendue quelque autre manifestation diathésique.

A titre de spécimen, je citerai sommairement les trois cas suivants :

1^o Un malade de nos salles, affecté d'une syphilide papuleuse lichénoïde extraordinairement confluyente, est soumis à des injections hebdomadaires de calomel. Il guérit rapidement et d'une façon tout à fait remarquable. Quinze jours plus tard il nous revient avec une iritis de forme grave, compliquée de deux gommés iriennes.

2^o Un autre malade (celui dont je vous entretenais tout à l'heure et qui guérit si merveilleusement d'un énorme chancre phagédénique de la langue grâce aux injections de calomel) a été pris, à peine s'il venait de terminer son traitement, de trois syphilides linguales d'étendue et d'importance peu communes.

3^o Un de mes clients de la ville était affecté d'une syphilide tuberculeuse disséminée, mais intéressant spécialement le visage. Six injections de calomel le délivrèrent hâtivement. Mais, cinq jours après la dernière injection, il revenait me trouver pour une lésion gommeuse du voile palatin.

Et de même pour nombre d'autres cas semblables que j'aurais à citer, que tout le monde ici aurait à citer, sans aucun doute.

On dira : « Pareille chose s'observe avec n'importe quel traitement, avec n'importe quel procédé de mercurialisation ». Sans doute, et cela je le sais de reste. Seulement avec le calomel le contraste est plus frappant qu'avec toute autre médication, parce qu'à la façon dont il balaie souvent certains accidents de la syphilis on a vraiment le droit d'être surpris des explosions morbides qu'il laisse se reproduire à brève échéance, voire parfois en plein cours de traitement.

Aussi bien n'ai-je cité les cas qui précèdent qu'en réponse aux illusions dont se sont bercés certains observateurs, en dotant la méthode en question de prétendues vertus « abortives » ou « jugulantes ». Malheureusement non, le calomel n'est pas l'ange exterminateur de la vérole. Il est ce que personne ne saurait méconnaître, à savoir, un excellent remède contre certains accidents de la vérole, mais il n'est que cela. Proclamons-le comme tel et profitons de lui comme tel ; mais gardons-nous de compromettre sa cause par des exagérations qui ne trouveraient que contradictions trop faciles et trop légitimes.

Disons que c'est un remède qui, pour de nombreux cas, exerce sur la syphilis un effet *actuel* d'une remarquable puissance, d'une puissance même supérieure à celle d'autres médications. Mais n'allons guère plus loin. Car les récidives, ou, pour parler plus exactement, les explosions morbides nouvelles que bien souvent il n'aboutit pas à conjurer, ne sont guère de nature à témoigner qu'il exerce sur la syphilis une impression bien profonde et surtout bien persistante.

Vraisemblablement, il en est de lui, toutes proportions réservées, comme de n'importe quel agent mercuriel. Il agit *actuellement* sur la vérole,

au moment où il est versé dans l'organisme. Mais son influence s'épuise après un certain temps, et elle ne parvient à se conserver et surtout à se perpétuer (si tant est que nous la puissions espérer permanente) qu'à la condition d'être entretenue, alimentée par une série de cures échelonnées à diverses étapes de la maladie.

C'est dire que, pour obtenir du calomel un effet persistant sur la syphilis, il faudrait, sans nul doute, comme pour tout procédé de mercurialisation, en répéter l'administration à maintes et maintes reprises au cours des premières années de l'infection.

Mais reste à savoir si les malades se prêteraient volontiers à toute une série de cures par les injections de calomel, traitement toujours désagréable à tout le moins, souvent douloureux, parfois très douloureux. A priori, je serais bien tenté de me prononcer pour la négative. A priori, je serais bien tenté de croire qu'un traitement systématique par les injections de calomel sera un traitement bientôt délaissé — et pour cause — par la grande majorité des malades. Mais je ne veux rien préjuger au hasard. Attendons que l'expérience nous ait édifiés sur ce point.

M. FOURNIER. — M. Morel-Lavallée, absent de Paris en ce moment, me prie de communiquer, dès à présent, à la Société les conclusions suivantes, résultant d'une statistique de ses observations personnelles depuis 3 ans et demi.

La méthode des injections de calomel, exceptionnellement puissante, précieuse et parfois indispensable, — même appliquée avec l'ensemble des perfectionnements techniques dont on ne doit jamais se départir et sur lesquels on a à nouveau récemment insisté, — présente au nombre de ses inconvénients :

1° Une douleur, parfois insignifiante, ordinairement très forte, parfois intolérable; cette douleur existe dans la majorité des cas;

2° Plus rarement des phénomènes généraux, douleurs diffuses, courbature; souvent un vrai accès de fièvre;

3° Quelquefois la formation d'abcès au foyer de l'injection.

Aucune précaution ne met *sûrement* à l'abri de ces inconvénients, et rien ne peut les faire prévoir à l'avance. Le médecin *devra* donc toujours prévenir son client de l'éventualité *possible* d'incidents douloureux ou inflammatoires pouvant l'obliger à cesser ses occupations, à garder le repos, voire l'immobilité pendant un, deux, ou plusieurs jours, faits d'ailleurs exceptionnels.

Des injections sous-cutanées mercurielles dans le traitement de la syphilis.

Par M. CH. ABADIE.

Comme je l'ai déjà soutenu à diverses reprises, je crois que les injections sous-cutanées de sels mercuriaux deviendront un jour ou l'autre le traitement de choix de la syphilis.

Il est incontestable que déjà leur valeur thérapeutique est de plus en plus appréciée. Dernièrement encore, dans une discussion sur ce sujet, M. Besnier signalait le fait d'un malade de son service atteint d'une syphilis tenace, rebelle depuis quinze ans aux moyens ordinaires, qui avait vu sa guérison assurée par les injections mercurielles.

Il y a déjà dix ans, dans un travail (1) publié dans les *Annales d'oculistique* et dans une communication faite au quatrième congrès (1886) de la Société française d'ophtalmologie, je recommandais dans les manifestations oculaires graves de la syphilis de recourir aux injections sous-cutanées de sublimé de préférence à tout autre traitement. J'ai eu à lutter à divers reprises contre la routine pour faire entrer ces idées dans la pratique courante ; mais aujourd'hui c'est chose faite, et un peu partout la grande majorité des ophtalmologistes a définitivement abandonné l'emploi des pilules de proto-iodure, du sirop de Gibert et même des frictions mercurielles pour s'en tenir aux injections dont l'efficacité, de l'aveu de tous, est bien supérieure.

Si donc l'accord semble bien près de se faire sur l'efficacité et même la supériorité dans bien des cas des injections mercurielles, d'où vient que leur emploi tarde encore à se diffuser, à entrer dans la pratique courante de tous les médecins ? Cela tient à plusieurs causes que nous allons successivement discuter.

Tout d'abord, si l'on veut arriver à généraliser l'emploi des injections il faut en simplifier la technique, la rendre facilement accessible à tous, et la perfectionner, au point qu'elle permette d'éviter toute espèce de complication et d'accident.

L'incommodité du traitement est encore une objection ; il oblige, cela est vrai, le malade à rester longtemps sous la surveillance du médecin ; mais y a-t-il réellement grand mal à cela quand il s'agit d'une maladie aussi grave pour le présent, et surtout pour l'avenir, que la syphilis ? Du reste, cette difficulté elle-même n'est pas insurmontable, car dans les cas rares où il est impossible au malade de rester auprès de son médecin, une personne de son entourage peut à la rigueur pratiquer les injections, à la condition d'observer minutieusement toutes les précautions qui seront indiquées tout à l'heure quand nous aborderons la technique opératoire. Dans les milieux hospitaliers, il sera toujours facile d'appliquer ce traitement. Depuis plusieurs années, je n'en fais pas d'autre à ma clinique, et les malades le suivent très régulièrement et s'en montrent très satisfaits.

D'autres objections plus sérieuses, en apparence au moins, sont

(1) Des injections sous-cutanées de bichlorure d'hydrargyre en thérapeutique oculaire. *Annales d'oculistique*, t. XCV, p. 212, 1886.

tirées des difficultés d'exécution et des complications qui peuvent survenir. C'est là en effet un point assez délicat et le véritable obstacle jusqu'ici à la vulgarisation de la méthode.

Mais ces difficultés et ces complications, nous pouvons les éluder ou les surmonter. Elles tiennent : 1° à la nature de la solution mercurielle injectée ; 2° à l'outillage employé. Dans les communications les plus récentes sur ce sujet faites par MM. Feulard, Verchère et Castanet, nous voyons que les injections de calomel sont toujours extrêmement douloureuses, au point de gêner la marche pendant plusieurs jours, dit M. Verchère.

Il en est de même des injections d'huile grise et de toutes celles qui ont pour but d'introduire sous la peau une dose massive de sel mercuriel. Cette dose élevée, tout d'abord tenue en réserve dans l'économie, doit ensuite s'y répandre et s'y diffuser peu à peu.

Nous estimons cette pratique, dont le point de départ est tout à fait théorique, bien défectueuse dans la pratique, d'abord parce que l'action irritante locale est nécessairement d'autant plus marquée que la quantité de sel mercuriel injecté est plus considérable. D'autre part, parce que les accidents d'intolérance et d'intoxication ont aussi plus de chance de se produire, la résorption ne se faisant pas toujours lentement, progressivement, au gré du malade ou du médecin.

Il est bien préférable, à mon avis, de répéter les injections tous les deux jours et de les faire à dose moindre, d'employer en outre comme véhicule, au lieu de corps gras, l'eau dont la résorption se fait bien plus facilement ; enfin, en mélangeant à la solution employée une proportion déterminée de cocaïne, la douleur locale est presque complètement annihilée.

L'on dira : mais c'est bien gênant pour un malade de subir une injection tous les deux jours. Je répondrai : c'est encore mieux que d'en recevoir une par semaine très douloureuse et qui nous laisse écopé pendant 5 à 6 jours.

J'emploie habituellement une solution de bichlorure ou de cyanure d'hydrargyre mélangée à la cocaïne. La solution de cyanure a l'avantage de ne former aucun précipité avec la cocaïne ; elle est ainsi formulée :

Cyanure d'hydrargyre.....	0 gr. 50 centigr.
Chlorhydrate de cocaïne.....	0 gr. 50 —
Eau distillée.....	50 gr. —

Je commence toujours par une demi-seringue pour tâter la susceptibilité du malade, les premières injections étant toujours plus mal supportées que les suivantes. Au lieu d'injecter la solution profondément sous l'aponévrose dans le tissu intra-musculaire, j'ai grand soin de l'injecter simplement sous la peau dans le tissu cellulaire

sous-cutané et je fais suivre l'injection d'un léger massage. La douleur est moins vive et la résorption du liquide plus rapide que dans les injections profondes intra-musculaires.

Les douleurs si violentes qui suivent les injections massives de calomel intra-musculaires, par conséquent sous-aponévrotiques et qui se montrent surtout 48 heures après l'injection, sont dues probablement au gonflement du tissu musculaire qui se trouve précisément étranglé par l'aponévrose elle-même. Aussi je crois qu'il est préférable, même pour les injections à faible dose et avec des sels solubles, de la faire sus et non pas sous-aponévrotiques. Ces injections sont toujours accompagnées d'un certain gonflement de la région injectée, gonflement qui est moins douloureux quand il peut pour ainsi dire s'étaler à l'aise dans le tissu cellulaire lâche sous-cutané.

Enfin, il faut apporter grand soin à l'outillage, l'aiguille-canule doit être en platine iridié, flambée chaque fois à la lampe à alcool. Cette précaution est capitale, sinon on s'expose à avoir des abcès qui découragent rapidement les malades. Je dis plus : cette méthode ne peut entrer dans la pratique courante que grâce à l'aiguille canule de Debove qui, conservant sa pointe acérée tout en étant flambée, met sûrement à l'abri de toute complication.

Grâce à ces perfectionnements apportés au choix de la solution, à la technique instrumentale et opératoire, le traitement de la syphilis par les injections mercurielles sous-cutanées finira par se répandre de plus en plus dans la pratique et deviendra le traitement classique au grand bénéfice des malades.

Quoi qu'il en soit, retenons en attendant ce point capital sur lequel tout le monde semble être d'accord, c'est que dans les formes malignes ou lorsque la lésion frappe un organe des sens ou le tissu cérébro-spinal, ce moyen de traitement semble supérieur à tous les autres.

A l'heure actuelle, la kératite parenchymateuse relevant de la syphilis héréditaire, les diverses variétés de chorio-rétinite, manifestations tardives de la syphilis acquise, n'ont plus un pronostic aussi sombre que par le passé, depuis qu'on a substitué cette médication aux anciens traitements.

Ce n'est pas du reste seulement dans la syphilis que le traitement par des injections sous-cutanées médicamenteuses se montre supérieur à l'administration des mêmes médicaments par une voie buccale.

Récemment Von Ziemssen, de Munich, a publié des observations de malades atteints d'adénie (maladie presque toujours mortelle) qui ont guéri par des injections sous-cutanées de solutions arsenicales alors que jamais auparavant on n'avait eu que des améliorations, l'arsenic ayant toujours été donné à l'intérieur.

Je suis convaincu que cette méthode thérapeutique deviendra de

plus en plus générale et sera appliquée à un plus grand nombre de malades.

Enfin, j'ajouterai encore un mot au sujet des injections intra-veineuses dont j'ai déjà eu l'honneur d'entretenir la Société de syphiligraphie. Grâce à une instrumentation et une technique simple ces injections se font facilement et sont généralement bien supportées. Comme elles sont néanmoins d'une exécution plus longue, plus difficile et plus délicate, il convient de les réserver aux cas les plus graves, ceux dans lesquels les injections sous-cutanées, elles-mêmes, paraissent être en défaut. Je puis affirmer qu'en certaines circonstances elles sont encore supérieures à ces dernières. J'en ai eu encore récemment la preuve évidente dans ma clientèle.

Un enfant de douze ans, guéri auparavant d'une kératite parenchymateuse spécifique héréditaire, fut atteint de surdité quelques mois après. Cette surdité qui précède, accompagne ou suit la kératite parenchymateuse, reconnaît la même origine, mais elle est d'ordinaire incurable. Jusqu'ici, toutes les fois que j'ai rencontré, ce qui n'est pas très rare, une kératite parenchymateuse spécifique accompagnée d'otite interne également spécifique, j'ai bien guéri comme tout le monde par les injections sous-cutanées hydrargyriques, l'affection oculaire ; mais je n'étais jamais parvenu à modifier la lésion de l'oreille interne et à prévenir ou guérir la surdité. Aussi, chez l'enfant dont je parle, c'est sans grande conviction et sur les pressantes instances de sa mère émerveillée du résultat obtenu pour les yeux, que j'ai essayé de faire, non plus des injections sous-cutanées, mais des injections intra-veineuses de cyanure d'hydrargyre. Ces injections furent d'une exécution difficile, car le réseau veineux superficiel du bras était peu développé ; néanmoins, avec beaucoup d'attention et de précaution on y parvint. A la douzième injection, le petit malade commença à entendre et au bout de vingt injections l'ouïe était en grande partie revenue.

Je soigne aussi en ce moment, un peu malgré moi comme on va le voir, un malade âgé de 35 ans, atteint de syphilis spinale. Il a contracté la syphilis il y a douze ans. Je l'avais guéri il y a six ans par des injections sous-cutanées, d'une iritis-spécifique grave, lorsqu'il y a deux ans il fut pris de douleurs dans les membres inférieurs avec parésie, impuissance génitale absolue. Il consulta la plupart des syphiligraphes connus de Paris, qui le soumirent à l'iodure de potassium à haute dose et aux frictions mercurielles. Il ne retira aucun bénéfice appréciable de ces médications. C'est alors qu'il me pria de lui faire des injections sous-cutanées qui lui avaient si bien réussi pour son affection oculaire. Les injections sous-cutanées l'améliorèrent un peu, mais sans le guérir. En présence de ces résultats négatifs, je me suis décidé à lui faire des injections intra-veineuses

qui seules ont fait disparaître l'impuissance génitale et les troubles sensitifs et moteurs des membres inférieurs.

De même les injections intra-veineuses sont à placer en première ligne dans le traitement de la syphilis sénile, j'entends par là celle contractée à un âge avancé. Elle est toujours très grave et se laisse modifier fort peu par les pilules et les frictions, l'iodure de potassium, etc. Les lésions des membranes profondes de l'œil, si tenaces en pareil cas, ne cèdent souvent qu'à l'emploi des injections intra-veineuses qui ont de plus l'avantage de fatiguer moins le malade que que tout autre traitement.

En terminant, je reviendrai sur la proposition déjà faite et souvent renouvelée par M. Jullien, proposition que j'ai moi-même soutenue à plusieurs reprises, c'est qu'il conviendrait de traiter de cette façon les malades aussi tôt que possible.

Les injections devraient être commencées dès que le diagnostic de chancre induré infectant est bien confirmé, sans atteindre même l'apparition des accidents secondaires qui, souvent, sont insignifiants et passent même inaperçus.

Il est impossible, en effet, au début d'une syphilis, de savoir si elle sera grave ou non et comment elle évoluera. Quelquefois des accidents secondaires qui semblent témoigner d'une grande malignité disparaîtront laissant le malade tranquille jusqu'à la fin de ses jours. D'autres fois au contraire, quinze, vingt ans, après un début des plus bénins apparaîtront des complications redoutables dont il sera fort difficile de se rendre maître.

En outre, telle syphilis qui évoluerait tranquillement sans inquiéter beaucoup un malade qui serait placé dans de bonnes conditions d'hygiène, changera subitement d'allure et de caractère si la misère, l'alcoolisme ou d'autres maladies intercurrentes viennent se jeter à la traverse. Leur action nocive vient s'ajouter à celle de la syphilis qui sans cela serait peut-être toujours restée latente.

C'est en raison de ces faits, de notion vulgaire aujourd'hui, que toute syphilis au début doit être considérée comme devant ou pouvant devenir grave et soignée en conséquence.

Un coup d'œil rapide sur le traitement de la syphilis au moyen des injections de calomel.

Par le professeur A. SCARENZIO.

Une question quelle qu'elle soit qui depuis trente ans occupe l'attention du monde savant, trouve dans cette seule circonstance la preuve

évidente de son importance. Nous avons à le vérifier particulièrement dans notre spécialité en voyant qu'avec une méthode de traitement extrêmement simple on obtient les plus grands effets. Il y a bien là de quoi retenir l'attention des observateurs, provoquer leur contrôle en même temps que les tentatives de perfectionnement tant pour constater mieux la vérité des faits que pour écarter les obstacles susceptibles d'entraver le nouveau mode d'expérimentation.

C'est ce que nous avons pu observer à propos des injections sous-cutanées et intra-musculaires de calomel contre la syphilis. Plus de 360 travaux écrits par plus de 270 auteurs sont le témoignage du scrupule avec lequel la méthode a été étudiée pour arriver, en suivant une progression non discontinuée, à une ère de stabilité désormais acquise.

Assurément, pour s'en tenir à l'absolue simplicité dans le traitement hypodermique de la syphilis, il semblait logique de s'arrêter au sublimé qui en sa qualité de bichlorure devait être assimilé bien vite aux chlorures alcalins du sang. Mais, il y avait lieu de craindre une action locale trop énergique en l'employant à haute dose, ou bien, de le trouver insuffisant s'il eût été dilué assez pour le rendre inoffensif, aussi bien pour la voie hypodermique qu'endo-veineuse. Et cela les observations cliniques et expérimentales de Massaza, Colombini, de Michele l'ont confirmé. C'est alors que nous pensâmes au calomel qui, dépourvu d'action irritante immédiate, et insoluble dans l'eau, devrait fatalement, au contact des chlorures alcalins du sang, se transformer d'une façon lente et progressive en sublimé lequel à l'état naissant serait livré par l'absorption à la circulation. En préférant le calomel nous nous exposions au reproche d'être sorti de la simplicité souhaitée tant au point de vue du remède que de son mode d'application. Mais, nous eûmes immédiatement des résultats tellement brillants que nous nous primes à douter s'ils agissait d'un effet curatif bienfaisant ou d'un de ces arrêts soudains tels qu'on en voit souvent dans le propre décours de la syphilis. Il fallut la répétition de ces bons effets, la persistance de cet état de guérison, la survenue d'une certaine irritation gingivale lorsque la dose du médicament était abondante et, plus que tout cela, le permanent constat du mercure dans la salive et dans les urines des sujets vierges de cures mercurielles antérieures pour me persuader que le calomel déposé sous la peau était réellement transformé en un sel soluble et comme tel absorbé et introduit dans le torrent circulatoire.

Localement, c'était à ce moment la partie supérieure externe du bras, se développait toujours un petit abcès, jamais grave, qui donnait lieu à l'issue d'un peu de matière purulente mêlée à du sang accompagné d'un petit flocon de tissu cellulaire mortifié et toujours imprégné de calomel.

Les malades guérissaient et l'on ne regrettait pas d'affronter un tel accident pour faire disparaître une affection grave telle que la syphilis constitutionnelle. Mais le calomel trouvé dans ce borbore nous fut une révélation. Il nous montrait que la quantité habituelle de 20 à 30 centigr. était excessive et nous nous mîmes à la réduire à 10 centigr. Les symptômes locaux furent adoucis et le résultat thérapeutique n'en fut pas amoindri.

Malgré tout, le développement de cet abcès inoffensif était l'épouvantail que l'on opposait toujours aux injections de protochlorure en les comparant à celles d'autres sels mercuriels qui à l'exception du sublimé ne furent pas soumis à une expérience suffisante.

Entre temps un autre obstacle venait du manuel de la petite opération. Le mélange de gomme, ou la glycérine, ou l'huile ordinaire jusqu'alors employés empêchaient par leur densité une parfaite suspension de la matière saline ; et l'obstruction de l'aiguille interrompait parfois l'injection, obligeait à répéter la piqûre et multipliait encore les abcès. La méthode ne perdait pas beaucoup de sa valeur pour cela, et il suffit de parcourir l'index bibliographique publié par Soffiantini pour voir combien d'illustres syphiligraphes ont cru devoir l'expérimenter et l'appuyer de 1864 à 1883.

Une révolution favorable se produisit en 1883 quand le professeur Smirnof (d'Helsingfors) indiqua la région rétro-trochantérienne comme la plus appropriée, pratique qui, modifiée encore par l'injection intra-musculaire, donna constamment d'heureux résultats, ce qui encouragea pour l'emploi du traitement en question.

Il restait encore à surmonter l'écueil de la difficulté pratique et sans ombre d'exagération on peut dire que, si on n'y était arrivé, les injections de calomel n'auraient jamais pris l'extension qu'elles ont aujourd'hui. Tout le mérite en revient à Balzer, qui en 1887 proposa et adopta comme moyen de suspension, l'huile de vaseline, offrant ainsi aux praticiens un excipient supérieurement fluide et antiseptique dans lequel la suspension s'obtient d'une façon facile et absolument parfaite, ce qui n'empêche pas qu'on peut se servir d'autres substances de qualités physiques semblable. Mais le fait pour l'huile de vaseline d'être antiseptique par elle-même et de n'avoir besoin d'aucune préparation la rendra toujours préférable à tout autre véhicule.

Donc les praticiens sont en possession d'un moyen d'une application pratique et qui apporte les effets d'une action prompte et durable, comme le prouvent les expérimentations de Massaza, Colombini et de Michele.

On peut en graduer les effets et même les supprimer. Aussi, me semble-t-il inutile de chercher à réfuter les objections tirées des accidents qui ont été parfois signalés. D'ailleurs cette tâche a été accomplie par mon très cher ami Jullien au Congrès de dermo-syphiligraphie.

phie de 1894 tenu à Lyon, et tout récemment par Nicholich, chirurgien en chef de l'hôpital de Trieste.

En résumé, on peut affirmer en toute certitude que, pour qui voudra suivre les règles tracées par Jullien, aucun des accidents qu'on a eus à regretter ne se présentera, à la condition toutefois que le médecin se rappelle qu'il a affaire à des malades qui ne sont pas tous identiques et dont les conditions particulières peuvent et doivent présenter des indications particulières.

Traitement de la syphilis au Dispensaire (1) municipal de la ville d'Alger, pendant l'année 1895.

Par MM. REY et L. JULIEN (d'Alger).

Durant l'année 1895, nous avons continué l'emploi exclusif des injections interstitielles de sels mercuriaux insolubles chez les femmes atteintes d'accidents syphilitiques primitifs, secondaires ou tardifs, graves ou légers.

Nous avons eu recours tantôt au calomel, tantôt à l'oxyde jaune, savoir :

Injections à l'oxyde jaune.....	170
Injections au calomel.....	79
Total.....	249

pour 61 malades, dont 20 européennes et 41 mauresques.

A la suite de ces injections, nous avons constaté :

1° Un cas de stomatite légère, provoqué par une injection d'oxyde jaune. De nouvelles doses du même sel, et même de calomel, n'ont pu déterminer ultérieurement, chez la même malade, cette légère complication.

2° Un abcès à pseudo-pus chocolat, consécutif à une première piqûre d'oxyde jaune, sur une négresse. Il est vrai que cette femme avait enlevé immédiatement la rondelle collodionnée placée sur la piqûre. Du reste, deux autres introductions du même sel, dans le même sujet, n'ont donné lieu à aucun accident. Ajoutons que l'abcès guérit rapidement, sans cicatrice appréciable.

Sauf la légère poussée pyalique signalée ci-dessus, nos 249 injections n'ont déterminé aucun trouble du tube digestif. Pour la presque totalité de nos malades, l'état général s'est toujours sensiblement amélioré. Toutefois nous devons reconnaître que ces syphilitiques sont pour la plupart des prostituées de bas étage, pour lesquelles

(1) On désigne ainsi, à Alger, le service des vénériennes cartées.

l'excellent régime alimentaire du Dispensaire municipal est un puissant appoint de réfection.

Les injections n'ont presque jamais été douloureuses. Après avoir apprécié les effets de cette méthode, les syphilitiques européennes lors de leur sortie nous demandent la faveur de les autoriser à venir se faire piquer à jour fixe. Depuis assez longtemps déjà, cet exemple est également suivi par les mauresques.

Dans notre clientèle privée, les malades paraissent plus sensibles à l'élément douleur, et, la première fois surtout, l'appréhension est plus vive. Les piqûres ultérieures sont plus facilement supportées, réclamées même par le patient, surtout quand il a subi une médication interne antérieure.

Quelle est maintenant la valeur thérapeutique des deux sels, pourquoi avons-nous eu recours surtout à l'oxyde jaune, dans le cours de l'année 1895.

C'est que avec le calomel, le plus souvent administré durant les années précédentes, il se produisit, pour le tiers des cas environ, au niveau de la piqure, une nodosité de dimensions variables, depuis celle d'un pois jusqu'à une noix de moyen volume. Presque toujours indolores, ces indurations s'effaçaient graduellement, d'habitude en deux septénaires au plus. Aussi est-ce uniquement pour éviter ce léger désagrément à nos malades, que, dès les premiers jours de 1895, nous nous sommes bornés à l'emploi de l'oxyde jaune. Mais nous pensons devoir y renoncer à peu près complètement, découragés par son infériorité curative.

S'il dispense des nodosités, il n'est pas douteux qu'il n'entraîne qu'une disparition beaucoup plus lente des accidents, quelle que soit leur nature. Il laisse un plus large champ aux plaques muqueuses, rares au contraire avec le calomel et toujours éphémères. Nous avons vu les poussées cutanées sévères résister obstinément à l'oxyde jaune, progresser même et s'étendre chez des sujets robustes et en bon état.

Pour ces malades, la substitution du calomel, même à la dose relativement faible de 5 centigrammes, nous a permis d'observer en peu de jours les effets les plus heureux. Et il est certain pour nous qu'on ne peut pas invoquer la tardive intervention de l'oxyde jaune, n'agissant qu'à la longue après un laps de temps plus ou moins prolongé. Tant que durait la période jaune, on pouvait suivre pas à pas la marche excentrique envahissante du processus circiné, alors que, en quelques jours seulement, le calomel l'arrêtait pour ainsi dire sur place et terminait par un nivellement rapide les désordres cutanés.

A l'appui de ces points, nous avons cru devoir fournir un remarquable exemple, dessiné par nos soins et dont voici l'historique brièvement résumé :

R. M..., 25 ans, très robuste. Arrêtée pour chancre mixte de la grande lèvre droite (inoculation positive) le 18 mai 1895.

Apparition de papules le 6 août ; elles se transforment en larges plaques papulo-squameuses, à marche excentrique, guérissant au milieu et gagnant en surface. Effet nul de septième injection d'oxyde jaune. Le 30 novembre, injection de cinq centigrammes de calomel ; marche des accidents enrayée cinq ou six jours après la première piqûre ; guérison à peu près complète en un mois environ avec trois piqûres.

CONCLUSIONS. — Le calomel est infiniment supérieur à l'oxyde jaune et aux autres composés mercuriaux que nous avons employés antérieurement.

Après une tentative prolongée de retour à l'oxyde jaune, le calomel s'est de nouveau imposé.

Avec toutes les précautions antiseptiques, avec une aiguille suffisamment longue et bien calibrée, on évite d'ordinaire tout accident.

Nous n'employons que des produits de premier ordre, dans l'eau gommeuse pure, rarement au delà de cinq à sept centigr. tous les deux septénaires. Nous avons écarté la cocaïne qui, rarement utile, entraînait parfois dans la marche un engourdissement pénible et prolongé.

Traitement de la syphilis par les injections d'huile au biiodure de mercure.

Par M. E. DE LAVARENNE.

Ayant pratiqué, depuis 1892, 1,325 injections d'huile biiodurée chez 76 malades syphilitiques, j'ai pensé qu'il pouvait être intéressant de communiquer mes observations sur ce mode de traitement, et les résultats que j'ai obtenus. Ces injections ont été faites dans des conditions spéciales, dans une station thermale, concurremment avec une cure d'eaux sulfurées sodiques.

*
* *

L'huile biiodurée est d'une fabrication délicate ; il est nécessaire qu'elle puisse se conserver, un certain temps du moins, en gardant le biiodure en solution parfaite ; celle dont je me suis servi répondant à ce desideratum, j'en donnerai la formule exacte.

On prend de l'huile d'olive fine qu'on laisse au contact d'alcool à 90 degrés, pendant quatre jours, en agitant plusieurs fois par jour, pour la débarrasser de l'acide oléique libre qu'elle peut contenir ; on décante avec soin, à l'aide d'un robinet de verre placé à la partie in-

lérieure du flacon dans lequel l'épuration a été faite. L'huile ainsi recueillie est chauffée à 110 degrés ; lorsqu'elle atteint cette température, on laisse refroidir à 70 degrés ; à ce moment, on ajoute du biiodure de mercure en quantité suffisante pour que chaque centimètre cube d'huile contienne 4 milligrammes de bi iodure. La dissolution demande, pour être complète, environ une demi-heure, pendant laquelle la température doit être scrupuleusement maintenue à 70 degrés : une température inférieure ne permettrait pas la dissolution, une température supérieure amènerait un changement moléculaire dans la composition du biiodure qui se précipiterait sous forme d'une poudre jaune insoluble. L'opération terminée, on filtre et l'on met en flacon de verre teinté, soigneusement aseptisé et bouché à l'émeri.

Par ce procédé, on obtient une huile contenant exactement 4 milligrammes par centimètre cube, qui est stable, et se conserve parfaitement ; j'ai pu, en effet, en garder plusieurs flacons pendant une année, sans qu'il y eût la moindre précipitation de biiodure, et m'en servir sans constater de différences entre son action et celle d'huile fraîchement préparée.

*
* *

Pour pratiquer les injections, j'ai adopté la technique suivante, que je donne en détails, car je suis convaincu que l'innocuité de ce mode de traitement tient beaucoup à l'observance absolue des précautions minutieuses qu'il exige.

Le malade est étendu à plat ventre, sur un sofa ; avec du coton hydrophile imbibé de liqueur de Van Swieten ou d'éther au sublimé qui a l'avantage d'insensibiliser légèrement, je nettoie la peau de la région où doit être faite la piqûre, c'est-à-dire la partie la plus charnue de l'une ou l'autre masse fessière. Je remplis une seringue de Roux de 2 centim. cubes, préalablement stérilisée, puis je place l'aiguille. Alors, je pince profondément les téguments entre le pouce et les doigts de la main gauche de façon à immobiliser autant que possible les muscles sous-jacents, et le pique d'un coup sec, dans une direction bien perpendiculaire à la surface cutanée, de façon à enfoncer l'aiguille en un seul temps, profondément, jusqu'à la garde. Après m'être assuré qu'aucun vaisseau n'est touché, je pousse le piston de la seringue très doucement, ne mettant pas moins de quatre à cinq minutes pour faire pénétrer 2 centim. cubes. L'injection terminée, je retire rapidement l'aiguille ; sur la piqûre, je mets un peu de coton hydrophile trempé dans le Van Swieten ; puis, pendant trois à quatre minutes environ, je pratique, dans le but de diffuser l'huile, un massage profond, excentrique, des masses musculaires où a été faite la

piqûre. Suivant l'épaisseur de la couche cellulo-adipeuse, je me sers d'une aiguille plus ou moins longue, de façon, autant que possible, à ne faire l'injection que dans le muscle; je reviendrai d'ailleurs sur ce point.

*
* *

Les syphilitiques que j'ai à soigner sont, pour la plupart, des malades auxquels leur médecin a prescrit un traitement mercuriel intensif et viennent aux eaux sulfureuses pour retirer de ce traitement un maximum d'effet dans le moins de temps possible. C'est dans ces conditions que se trouvaient les 76 malades qui font l'objet de cette note et auxquels j'ai pratiqué 1,325 injections, à savoir :

1892.....	49 injections		4 malades.
1893.....	315	—	10 —
1894.....	401	—	22 —
1895.....	560	—	32 —

Ce qui fait approximativement, par malade, 18 injections pour une cure de vingt-cinq jours. Mais, ce n'est là qu'une moyenne; et, dans certains cas, j'ai pu m'arrêter après 10 injections, tandis que dans d'autres, je suis arrivé en trois mois jusqu'à 61.

D'une façon générale, après quelques jours du traitement sulfureux, je commence les injections, en allant par séries de trois ou quatre jours, avec un jour de repos dans l'intervalle des séries. Suivant les cas, l'iodure de potassium est, ou n'est pas, associé au mercure. Opérant ainsi, je n'ai jamais constaté de phénomènes d'intolérance, ni d'intoxication, malgré les fortes doses de biiodure de mercure absorbé.

En ce qui concerne l'injection considérée en elle-même, si l'on pince bien la masse musculaire et la peau, si l'on pousse rapidement l'aiguille, la piqûre est à peine sentie; il en est de même de l'introduction de l'huile, à la condition, toutefois, de manœuvrer très doucement le piston, et de s'arrêter un instant toutes les trois à quatre gouttes. J'ai pu ainsi éviter la sensation pénible de déchirement dont se plaignaient mes malades, lorsque, au début, je faisais trop rapidement l'injection. Dans certains cas, l'opération est si peu sensible, que les malades ne s'en aperçoivent même pas, et sont étonnés lorsqu'on leur annonce qu'elle est terminée.

Quant aux inconvénients que l'on attribue généralement aux injections mercurielles de produire des abcès, des nodi, de déterminer de la douleur, etc., ils se sont montrés insignifiants avec l'huile biiodurée.

Je n'ai jamais observé de stomatite; il est vrai que, quel que soit

le traitement mercuriel, avec les sulfureux elles sont une très rare exception.

Je n'ai pas observé non plus d'abcès. Les règles de l'asepsie ayant été rigoureusement observées, on peut en conclure que l'huile bi-iodurée n'est pas phlogogène. Du moins qu'elle ne l'est pas dans les conditions où je m'en suis servi, c'est-à-dire en la portant dans le muscle, terrain peu favorable aux suppurations, en poussant doucement l'injection, pour éviter autant que possible toute dilacération, toute mortification des tissus pouvant entraîner un processus inflammatoire. Et le fait a d'autant plus de valeur que les malades étaient en même temps soumis au régime des eaux sulfurées, qui ont un pouvoir pyogénique indiscutable.

Chez certains malades, les nodi ne se produisent pas : c'est ainsi que j'ai pu faire sur un même sujet 25, 30 et même, dans un cas, 60 injections sans en observer. Chez d'autres malades, on sent au niveau de la piqûre et deux jours après environ, une induration, aplatie, plus ou moins large, à peine sensible à la pression, ne provoquant pas de gêne, et en tous cas, peu volumineuse, car je pouvais, sans que le malade en soit incommodé, faire jusqu'à 10 ou 12 injections consécutives dans la même masse musculaire. Ces indurations persistent, plus ou moins longtemps, parfois plusieurs mois. D'une façon générale, les nodi ne s'observent pas chez les sujets maigres, mais chez ceux ayant une couche assez épaisse de tissu cellulo-adipeux. Il me semble qu'on peut en conclure que, dans le premier cas, l'injection est faite dans le muscle, dans le second, dans le tissu cellulaire. L'expérience suivante semble le prouver. Chez un même sujet, j'ai pratiqué dans les muscles fessiers deux injections d'un centimètre cube chacune, qui n'ont laissé aucune trace ; par contre, une injection faite dans le tissu cellulaire de la paroi abdominale donnait un nodus, encore appréciable et sensible plusieurs mois après. Il faut donc s'efforcer d'arriver jusqu'au muscle, et pour cela, se servir d'aiguilles de longueurs appropriées. Jusqu'à présent je n'ai fait usage que de deux types d'aiguilles, je me propose dorénavant d'en avoir un jeu plus complet.

La douleur est très variable ; elle varie de caractère et d'intensité d'un sujet à un autre, elle varie chez un même sujet, d'un jour à l'autre, et même d'un côté à l'autre du corps. Tel qui souffre du côté droit ne souffrira pas du côté gauche, et inversement ; cependant, il m'a semblé, comme à M. Feulard, que le gauche était plus souvent insensible que le droit. Certains sujets ne souffrent pas au moment de l'injection et ne souffrent pas non plus après ; plusieurs de mes malades pouvaient, de suite après leur piqûre, monter sans aucune gêne, soit à cheval soit à bicyclette.

La plupart ressentent une sorte d'engourdissement partant du point

de la piqure, plutôt agaçant que douloureux, qui dure une heure à deux heures, atteignant son maximum 20 minutes ou une demi-heure après l'injection. Je n'ai observé que trois malades qui se sont plaints d'une véritable douleur, laquelle survenait de suite après l'injection, durait une heure environ et laissait pendant quelques heures une sorte d'engourdissement. Ces malades avaient une épaisse couche de tissu cellulo-adipeux. Je dois dire, à ce propos, que j'ai remarqué une sorte de parallélisme entre les nodi et la douleur : pas de douleur, pas de nodi. En tout cas, jamais cette douleur n'a entraîné, ne serait-ce qu'un instant, l'impotence du membre injecté, jamais je n'ai vu un de mes malades, même pusillanime, en être réellement incommodé et obligé de suspendre son traitement, en somme sévère, puisque l'injection se renouvelle presque chaque matin. Je dois ajouter que la plupart de mes malades se rendent au bain, peu après l'injection.

Sur mes 76 malades, il n'y a eu que quatre femmes dont deux étaient de véritables névropathes. Les hommes étaient surtout des adultes de trente à quarante-cinq ans : le plus jeune avait vingt et un ans, le plus âgé soixante ans. Tous ont également bien supporté le traitement.

En somme, les injections d'huile biiodurée, si on peut leur reprocher de nécessiter l'intervention fréquente du médecin, présentent ce grand avantage d'être absolument exemptes de dangers, et de n'encourir que d'une façon insignifiante les reproches adressés aux injections mercurielles. Elles méritent donc toute l'attention des syphiligraphes, car elles présentent tous les avantages des injections, à savoir : dosage facile et exact du médicament, garantie d'absorption, rapidité et sûreté d'action thérapeutique.

D'ailleurs, le professeur Panas emploie déjà depuis plusieurs années, les injections d'huile biiodurée dans le traitement de la syphilis oculaire; or, syphilis oculaire dit par là même syphilis sévère; on peut donc conclure des résultats obtenus par le savant ophtalmologiste à l'action énergique de l'huile biiodurée dans les syphilis graves. C'est là, du reste, ce qui ressort de mes observations.

*
* *

Cette action dans la syphilis oculaire s'est montrée des plus nettes chez un jeune homme, âgé aujourd'hui de vingt-sept ans, atteint de syphilis héréditaire, que j'observe depuis 1880 et que M. le professeur Fournier connaît bien. Jusqu'en 1892, entre autres accidents, tels que gommès pharyngées, nécrose des incisifs, il fut sujet à des poussées continuelles de kérato-conjonctivite, malgré les traitements mercuriels et iodurés les mieux suivis. En août 1892, je commençai les injections par une série de 25. Celles-ci ont été continuées, sur les

conseils de M. Fournier, par séries de 15, puis de 12, de 10, que l'on éloignait de plus en plus : depuis lors, aucun accident n'est survenu. Au début, les injections étaient pour lui peu sensibles; elles le sont devenues cette année surtout, depuis qu'il a pris un embonpoint notable pour son âge.

C'est le seul malade atteint de syphilis héréditaire et c'est le premier de mes malades auxquels j'ai fait des injections d'huile biiodurée; les autres étaient soit des syphilitiques à une période d'infection récente, soit des syphilitiques plus ou moins anciens, atteints d'accidents tertiaires.

I. — Dans la première catégorie : a) 21 malades avaient des syphilis à évolution normale, plus ou moins accentuée. Ils ont été soumis aux injections, les uns parce qu'ils trouvaient le traitement ainsi plus commode, plus facile à dissimuler; les autres parce qu'ils étaient indociles et que c'était le seul moyen de s'assurer que le traitement était réellement fait; d'autres parce qu'ils supportaient difficilement le mercure par la voie stomacale ou qu'ils ne pouvaient faire, sans poussées de dermatite, les frictions mercurielles qui leur étaient recommandées; b) 11 malades étaient atteints d'accidents cutanés ou muqueux, rebelles à tout traitement, remarquables les uns par leur ténacité ou la fréquence de leurs récidives, les autres par leur nature maligne. Sans entrer dans les détails, je mentionnerai comme exemples : d'une part deux malades mari et femme, qui depuis huit ans étaient sujets à des poussées de syphilides muqueuses pharyngées et buccales, des syphilides papulo-squameuses que rien ne pouvait empêcher; les injections les ont fait disparaître en 1892, et depuis lors, elles n'ont plus reparu. Je citerai aussi un malade, syphilitique de deux ans, s'étant soigné très scrupuleusement, qui avait aux deux jambes et au tronc des syphilides serpigneuses, tuberculo-croûteuses et dont la guérison fut obtenue en vingt-cinq jours, par des injections.

Dans ces cas, l'action seule des injections peut être invoquée; on ne peut pas, en effet, faire entrer en ligne de compte l'action des eaux sulfurées, car je soignais les deux premiers malades depuis trois années par les frictions, et le second avait fait l'année précédente, en 1892, une cure intensive; depuis 1893, il n'a plus eu d'accidents.

Cette action de l'huile biiodurée s'est manifestée nettement chez deux malades atteints de syphilis malignes, dont voici en quelques mots l'histoire :

Le premier était un jeune officier de vingt-cinq ans, syphilitique de deux ans, atteint de céphalée, d'insomnies, de neurasthénie lui empêchant tout travail, tout effort musculaire. A la suite d'une bronchite grave, il fut envoyé à Cauterets où on le soumit sans résultat aux frictions mercurielles, sans résultat sur sa syphilis ! car elles avaient déterminé de la stomatite. Je le soignai un mois plus tard sur

les conseils du D^r Perrin de Marseille, et connaissant l'insuccès des frictions, je pratiquai les injections. Dès la quatrième injection, le malade pouvait dormir tranquillement, ce qu'il n'avait pas fait depuis deux ans; les douleurs disparaissent, et après quinze jours il pouvait sans fatigue monter à cheval, faire de longues courses à pied; ce fut une véritable transformation.

Même action, aussi évidente, chez un malade de quarante-trois ans, syphilitique depuis un an, atteint de douleurs lombaires des plus violentes, le rendant absolument impotent, avec sensation de constriction du pied gauche, légère augmentation des réflexes, des vertiges, douleurs de tête, insomnies, phénomènes vraisemblablement méningo-myéliques. Pendant quinze jours, les frictions n'amènèrent aucune amélioration; bien au contraire des troubles des sphincters étaient même survenus. Après quelques jours de repos, je commençai les injections; dès la cinquième, les douleurs diminuaient, et au bout de trois semaines le malade pouvait, sans inconvénient, commettre l'imprudence de faire 50 kilomètres en bicyclette.

II. — Parmi les malades arrivés à la période des accidents tertiaires, j'en ai observé trois, atteints de syphilis linguale ayant résisté à tout traitement.

L'un d'eux, âgé de cinquante-huit ans, était syphilitique depuis trente-six ans: il avait de la glossite depuis huit ans, qui avait pris naissance au niveau d'une dent malade. Le diagnostic fut fait en 1893, par le D^r Stakler qui soumit le malade aux injections de sublimé; sous l'influence de ces injections, une amélioration se produisait, mais dès qu'on les cessait les accidents survenaient à nouveau. Je l'ai soumis aux injections d'huile biiodurée en 1893, 1894, 1895; il est absolument guéri, c'est à peine si l'on voit la trace d'une ulcération qui en avait imposé d'abord pour un épithéliome.

J'ai noté la même action chez les deux autres malades dont l'un, syphilitique de seize ans, était soigné par moi depuis 1891 par des frictions, sans résultat. Cette année-ci, sur les conseils du D^r Reynier, il s'est décidé à se soumettre aux injections d'huile biiodurée qui ont amené une modification très notable de sa langue au point de vue objectif, mais sensible surtout pour le malade au point de vue fonctionnel.

Sur le troisième malade, même résultat, qui, en même temps, se faisait sentir sur une syphilide palmaire gauche, laquelle, depuis quatre ans, résistait à tous les traitements et qui fut absolument guérie en trois semaines.

Cette action sur des syphilides palmaire et plantaire rebelles s'est du reste montrée des plus manifestes dans deux autres cas: chez un syphilitique de six ans, et chez un syphilitique de treize ans, alors que les frictions n'avaient donné aucun résultat, l'un et l'autre malades observés par le D^r Brocq.

Dans la syphilis viscérale, j'ai constaté des effets non moins probants dans un cas d'hépatite syphilitique avec énorme hypertrophie du lobe gauche, teinte subictérique, accidents de dyspepsie, chez un malade de trente-sept ans, brésilien d'origine, syphilitique depuis treize ans. Les injections ne firent qu'accentuer la marche vers la guérison, qui semblait être arrêtée, après avoir commencé sous l'influence des frictions mercurielles ordonnées par les D^r Florand et Faisans qui firent le diagnostic. Dans un cas d'adénopathie bronchique avec réflexes laryngo-trachéal, toux, spasmes, bronchorrhée, qui avait résisté aux frictions et à l'iodure.

Dans un cas d'orchite spécifique chez un malade de trente ans, syphilitique depuis quatre ans, il me fut possible d'obtenir la résolution en trente jours.

Dans un cas diagnostiqué aortite, chez un malade de cinquante ans, syphilitique depuis dix ans, chez lequel les manifestations cutanées et muqueuses n'avaient jamais cessé, et qui avait été atteint de plusieurs crises de douleurs rétro-sternales, avec angoisse, dyspnée, battements artériels, ces accidents n'ont plus reparu depuis une première cure d'injections en 1894 ; une seconde cure de 10 injections a été renouvelée sur le conseil du médecin traitant en 1895.

Dans un autre cas d'aortite avec ectasie chez un malade de quarante-trois ans, ayant eu une syphilis légère, treize ans auparavant, et que je traitais sur les conseils des docteurs Plicque et Duguet qui avaient posé le diagnostic. Les frictions n'amenant aucune amélioration je pratiquai les injections : à la cinquième injection, la gêne rétro-sternale, l'oppression dont se plaignait surtout le malade, commençaient à diminuer, pour bientôt disparaître. En même temps, s'amendaient les signes objectifs : souffle, matité. J'ai eu, il y a quelques jours, par le docteur Plicque, des nouvelles de ce malade : il le considère comme guéri, autant qu'on peut guérir d'une aortite.

Je terminerai par la syphilis nerveuse. Deux cas de paralysie générale au début : Un syphilitique de vingt-cinq ans, âgé de cinquante-deux ans, a été observé pendant trois mois et demi et soumis en 1894, sur les conseils du D^r Brissaud, à 60 injections ; il y a, depuis lors, un temps d'arrêt manifeste dans l'évolution de la maladie. M. Chauffard a constaté ce même arrêt chez un jeune homme de trente ans, syphilitique de douze ans, soumis en 1895 à 18 injections, concurremment avec le traitement ioduré.

J'ai pu arriver à une disparition complète des accidents chez un malade de trente-huit ans, syphilitique depuis seize ans, atteint de vertiges, céphalée, diplopie, abolition des réflexes, douleurs d'abord prises pour de la sciatique, déjà très amélioré par les frictions conseillées par le professeur Spillmann, qui, depuis, a permis le mariage.

J'ai pu compléter la guérison d'un malade vu par le professeur

Joffroy, atteint cinq mois auparavant de paralysie de la 6^e paire, diplopie, strabisme convergent, avec hémiplégie droite surtout prononcée au membre supérieur, et sur lequel les frictions n'avaient plus de prise.

Je citerai encore deux femmes atteintes d'insomnie, de vertiges, d'encéphalopathie : l'une syphilitique de trois ans chez laquelle le traitement mercuriel et ioduré à l'intérieur non plus que les frictions n'avaient aucune prise ; l'autre dont la syphilis avait été diagnostiquée ensuite par M. Besnier et par M. Fournier, et qui ne pouvait supporter ni frictions ni pilules mercurielles.

J'ai soumis aux injections deux cas de méningo-myélite traités par M. Brissaud : l'un était un homme de quarante-deux ans, syphilitique de vingt ans, atteint de méningo-myélite cervicale avec paralysie des extenseurs, en période d'activité progressive, que ni frictions, ni électrothérapie ne pouvaient enrayer et qui fut arrêtée, puis améliorée par les injections faites en 1894 et en 1895 ; l'autre était un malade de cinquante-deux ans syphilitique de vingt-neuf ans, atteint de méningo-myélite dorso-lombaire, avec sensations constrictives des genoux, du ventre, contractures, disparition de la sensibilité, raideur articulaire, qui fut très amélioré.

Enfin, j'ai traité quatre cas de tabes. Dans l'un, chez un malade de trente-huit ans, syphilitique de quinze ans et dont le début des accidents remontait à deux ans, surtout remarquable par les douleurs violentes, l'incoordination précoce, les phénomènes de dénutrition, je n'ai obtenu aucun résultat, bien que sur les conseils du professeur Raymond, le malade se soit soumis pendant plus de deux mois au traitement.

Cependant chez un autre malade, de trente-six ans, syphilitique de quinze ans et dont les accidents dataient de deux ans, à la suite de l'influenza, j'ai obtenu la disparition presque complète de la douleur, le retour de la sensibilité plantaire, une diminution très notable de l'incoordination, plus d'assurance dans la marche : amélioration qui semble se maintenir, ainsi que me l'a confirmé le D^r Delpeuch qui suit ce malade.

Enfin je terminerai par un cas que je considère comme des plus intéressants. C'est celui d'un jeune homme de trente-deux ans, syphilitique de sept ans, que je soigne depuis 1892. A cette époque, mydriase gauche, diplopie, douleurs fulgurantes, réflexes abolis, signe de Romberg : injections, guérison, si bien qu'on se demande s'il n'y a pas là des phénomènes hystériques et que son médecin parle d'autoriser son mariage. Dans le courant de l'hiver 1893, retour des accidents ; nouvelle guérison absolue obtenue en août. En 1894, reprise des douleurs, un peu de vertige, impuissance, perte du réflexe rotulien droit ; nouvelle guérison. Enfin, de même en 1894-1895, quel-

ques douleurs, un peu de vertige, impuissance; guérison en août. Depuis lors, les douleurs ont disparu, mais, à nouveau, le malade est impuissant et affligé de pertes séminales depuis un mois. Il n'y a pas de doute sur la nature tabétique des accidents reconnus à plusieurs reprises par M. Dejerine. Les choses en sont là. Depuis quatre ans, on semble lutter avec succès contre le tabès; pas un seul jour le malade n'a été obligé d'interrompre l'exercice de sa profession qui est très fatigante.

Du reste on peut observer des cas de guérison de tabes confirmé, et je pourrais citer l'exemple d'un malade que j'ai soigné sur les conseils du professeur Fournier, que je vois encore chaque année, et qui est aujourd'hui absolument guéri, bien qu'il ne fût pas seulement prétabétique, mais déjà ataxique au début du traitement; chaque année, par mesure de précaution, il se soumet à une cure d'injections.

* *

En somme, les injections d'huile biiodurée se sont toujours montrées exemptes de danger; dans bien des cas, elles ont été particulièrement efficaces là où les anciennes médications mercurielles avaient épuisé leur action ou échoué. Je me crois donc autorisé à dire que ces injections méritent une place honorable parmi les médications intensives de la syphilis.

Traitement de la syphilis par les injections de préparations mercurielles insolubles, et de préférence de calomel.

Par M. BARTHÉLEMY.

Au point où en est arrivée cette discussion il faut éviter les redites et les répétitions. Je ne reproduirai donc plus les raisons d'ordre divers, certainement exposées, — depuis le Congrès de Paris (1889), le Congrès de Vienne (1892), le Congrès de Lyon (1894), jusque dans les séances de cette Société (19 avril 1895 et 14 novembre 1895) — pour lesquelles je ne crois pas à l'utilité de la généralisation, de la systématisation ou de l'exclusivisme du traitement de la syphilis par les injections.

Je persiste à penser qu'il n'y a lieu de les employer que d'une manière exceptionnelle, en ce sens que dans les cas bénins — il ne faut pas oublier que même en syphiligraphie, ce sont les plus nombreux — il n'y a aucun avantage à les préférer au traitement par les

pilules ou par les frictions. Quand il n'y a pas une indication formelle, on ne peut astreindre un malade à la perte de temps, aux dépenses, aux risques même du traitement par les injections. D'autre part, dans un service d'hôpital où les malades sont nombreux, il n'est pas possible au chef de service de faire soigneusement, exactement et autant qu'il le faut, des injections à tous les malades, et pourtant ce traitement ne peut être, comme celui des pilules ou même des frictions, abandonné aux mains des infirmiers ou des surveillants : de là une notable difficulté de pratique courante. Celle-ci s'accroît encore si, au lieu des préparations insolubles (par exemple un gramme d'huile, 5 centigrammes de calomel, pour chaque injection hebdomadaire), on a recours aux injections de préparations solubles, qu'il s'agisse de peptonate, de benzoate, etc., ou bien d'huile stérilisée contenant de 6 à 10 milligr. de biiodure d'hydrargyre par gramme d'huile et par dose. — Or, c'est là l'injection soluble que je crois la mieux tolérée et la plus efficace. — Il devient alors impossible, à moins d'indication formelle, de faire revenir un malade tous les jours, voire tous les deux jours, chez soi pour un traitement qu'il peut faire en ville à son aise avec autant de succès que l'autre. Il n'est pas moins impossible qu'un chef de service fasse tous les jours à tous ses malades une pareille injection. C'est devant ces pertes de temps ou ces dépenses considérables imposées, sans raisons impérieuses, aux médecins, aux malades que j'ai reculé, après avoir été longtemps partisan des injections solubles, au point que pour rendre leur pratique tout à fait facile, rapide et inoffensive j'avais fait construire exprès pour elles le petit appareil aseptique que j'ai désigné sous le nom d'*hypodermic* (1892). Les injections solubles sont bien tolérées, indolentes, actives, mais la meilleure doit être pratiquée tous les jours ou tous les deux jours et c'est pratiquement impossible à généraliser contre une infection d'aussi longue durée et de fréquence aussi grande que la syphilis.

Pratiquement, il me semble donc impossible de généraliser à tous les cas de syphilis le traitement par les injections : s'il s'agit des préparations solubles, c'est une perte extrême de temps ; s'il s'agit des préparations insolubles, il y a un certain nombre de risques qu'il n'y a pas lieu de faire courir sans raison. Je ne parle pas ici des injections intra-veineuses qui ne sont pas encore entrées dans la pratique courante de notre pays, bien qu'à l'étranger il semble qu'il en soit fait un usage très fréquent et encourageant ; je n'en veux qu'un exemple, le professeur Stoukovenkoff, de Kieff, m'écrit qu'il a déjà pratiqué plus de mille de ces injections sans accident et au grand avantage des malades.

Au contraire, quand il se présente une indication quelconque, il y a lieu, je crois, de ne pas y manquer et de pratiquer, sans hésiter, le

traitement par les injections insolubles hebdomadaires; je crois pouvoir avancer qu'on n'aura jamais à s'en repentir. Il s'agit donc bien d'un traitement d'exception, puisqu'il n'a lieu que quand les traitements ordinaires sont inapplicables (négligence des sujets, intolérance, etc.) ou inefficaces (accident grave, soudain; récidives incessantes, contagiosité prolongée; danger plus spécial de contagion; volonté expresse des malades, etc.). Ce sont là, en effet, les principales raisons qui sollicitent habituellement en pareil cas la décision du médecin.

J'entends bien que l'on peut soutenir — et non sans quelque apparence de raison — que le traitement par les injections est plus puissant, plus actif, plus efficace contre les accidents graves, tenaces, rebelles aux autres traitements, contre ceux où il faut agir vite et fort, dans les cas de *traitement d'assaut*, selon l'expression que Charcot appliquait jadis aux frictions à très hautes doses lors des ictus cérébraux. Si donc ce traitement est doué de tels avantages contre les accidents syphilitiques en pleine activité, ne serait-il pas plus avisé de combattre directement et immédiatement la syphilis, dès que l'infection est certaine, par des moyens si puissants et capables, sinon de juguler la maladie et de neutraliser le virus, du moins d'en atténuer définitivement et d'emblée les effets nuisibles et les dangers présents et à venir.

Certes l'idée est séduisante; en médecine, de même qu'en toute autre science expérimentale, comme il ne faut rien rejeter *a priori*, j'ai succombé à la tentation et j'ai pratiqué ce mode de traitement exclusif, chez deux de mes malades, de bonne volonté, après les avoir bien prévenus et après avoir reçu sans ambiguïté et leurs préférences et leur acquiescement. Le chancre débutait; les sujets étaient jeunes et robustes; la syphilis semblait devoir être plutôt bénigne ou du moins bien tolérée. Mais on sait qu'en pareil cas ce n'est qu'avec les plus grandes réserves qu'il faut prédire l'avenir... Quoi qu'il en soit, pendant dix-huit mois, chaque semaine, une fois, une injection fut faite, à l'un avec le thymol acétate de mercure, à l'autre avec le calomel. Je dois à la vérité de dire que le traitement fut possible, fut bien toléré, et que la syphilis, dans les deux cas, fut bénigne: chancre de 25 à 28 jours, roséole de 22 à 35 jours; puis 2 ou 3 mois de syphildes papulo-squameuses et papulo-érosives... et ce fut tout... du moins jusqu'à ce jour; or, il n'y a encore que quatre ou cinq ans, et l'on sait qu'on ne peut encore à cette période porter un pronostic et un jugement définitifs. Qui n'a pas obtenu, en effet, des résultats pareils avec les traitements habituels? Non seulement quand les frictions ont été pratiquées en séries dans les premiers temps, mais encore lorsque les pilules ont été seules prescrites mais bien prises. Il y a même des cas semblables, et peut-être plus nombreux

qu'on ne le croit, où aucun traitement n'a jamais été fait. Certes, c'est là une indifférence coupable ou une imprudence extrême ou une ridicule ou folle manière de compromettre sans utilité et contre toute raison l'avenir de sa santé ou même de son existence ; mais le fait arrive, en dépit des conseils médicaux ; il faut bien le constater, fût-il exceptionnel. D'autre part, il ne faut pas oublier les cas semblables à celui que j'ai jadis rapporté à l'article *Syphilides*, du dictionnaire de Dechambre, et où un traitement mercuriel énergique était fait depuis longtemps par erreur (il s'agissait d'un vaste lupus tuberculeux de la cuisse) quand le sujet vint à prendre la syphilis. Or l'infection, du moins pendant les premiers mois, ne se comporta pas d'une manière différente des syphilis qui évoluent sur des organismes non antérieurement mercuroisés. Elle ne fut nullement plus bénigne.

Il semble donc qu'on puisse penser que, si le traitement mercuriel méthodiquement administré et suffisamment prolongé, est le meilleur moyen d'atténuer et d'endiguer une infection syphilitique, il n'est pas possible de juguler, de neutraliser une infection syphilitique par le mercure, quelle que soit la forme sous laquelle ce médicament précieux soit administré. Ce sera peut-être par les *sérums* ou par les atténuations graduelles du virus, administrés dès le début du chancre, ou encore par des modifications imposées durant la période présérologique au milieu sanguin, qu'on arrivera à préserver ou à défendre l'espèce humaine contre le vieil ennemi dont elle a le fâcheux privilège ; mais ce s'est pas par le mercure seul ; du moins telle est, dans l'état actuel de nos observations, ce que l'on est, je crois, en droit de penser. Toutefois, *pendant tout le temps où le sang des syphilitiques est contagieux*, il sera bon de pratiquer, dans presque tous les cas, une *série de quatre (femmes) à six (hommes) injections hebdomadaires de préparations insolubles mercurielles*.

Toutes ces réserves bien établies, je dois maintenant à la vérité de dire que j'ai cru devoir pratiquer un grand nombre d'injections hydrargyriques intra-musculaires, presque toujours au calomel (qui m'a semblé la préparation la plus active sinon la mieux tolérée ; j'ai déjà dit que, à mon avis, avec l'huile grise, les erreurs sont dans un service plus faciles, sa composition moins miscible est difficile à bien compter et à mesurer en gouttes ; de plus, elle est moins active que le calomel ; elle est mieux tolérée). Cinq cents injections de 0 gr. 05 de calomel ont été ainsi faites par moi sans aucun accident grave, sans même d'ennui sérieux, avec tantôt de la douleur, surtout le troisième ou quatrième jour, tantôt de la gêne et de la courbature, tantôt (mais plus rarement et sans qu'on puisse dire pourquoi, car cela se produit parfois chez un malade qui a précédemment souffert) sans aucune espèce de réaction ni locale ni générale ou inversement. Je crois ne pas me tromper en disant que ce traitement s'est toujours effectué au grand profit de la santé du patient.

Le *modus faciendi* a été décrit par moi dans la séance du 14 novembre 1895. Grâce à ce procédé, le traitement par les injections est devenu de pratique facile, courante, efficace et sans danger. Je rappellerai seulement que le premier, je crois, et depuis plusieurs années, à toutes les pratiques minutieuses de l'antisepsie de la peau, des instruments et des liquides, voire du calomel à injecter, j'ai joint la prescription pour chaque malade d'apporter avec lui et pour lui un flacon de 5 grammes d'huile végétale stérilisée, antiseptisée récemment et préparée temporairement. Il suffit alors de l'agiter pour y rendre la suspension de la poudre de calomel aussi égale ou homogène que possible et d'injecter immédiatement après. Dans mon service de Saint-Lazare, j'ai dressé depuis plusieurs années pour ainsi dire mes infirmières en *équipe d'injections* et les divers temps s'accomplissent très bien, sans perte de temps, sans erreur et sans oubli des divers détails antiseptiques. M. Feulard, qui m'a remplacé pendant les mois d'août et de septembre 1895, a été à même de juger de la facilité de mon procédé, et, à plusieurs reprises, il en a manifesté sa satisfaction au personnel du service. Depuis quelque temps, j'ai substitué au flacon toujours encombrant et coûteux, un simple petit tube de verre contenant la dose bien antiseptisée d'huile stérilisée et de calomel. Il faut que le tube soit assez long pour contenir plusieurs doses au lieu d'une seule et pour ne pas être complètement rempli de façon que l'agitation soit prompte et facile. Avoir soin que la seringue puisse bien s'y introduire.

Je ne puis, dans un travail comme celui-ci, transcrire toutes mes observations. Je n'en donnerai que les résultats, les principaux détails ou les diverses particularités qui m'ont paru mériter d'être signalées au passage.

Contre-indications. — En fait de contre-indication que je crois formelle, je citerai les maladies organiques du cœur, surtout si elles s'accompagnent d'hypertrophie hépatique et de congestion rénale avec ou sans albuminurie. Le cas semble bien extraordinaire; je l'ai pourtant rencontré: il s'agissait d'un homme vigoureusement constitué, mais alcoolique et n'ayant jamais traité une syphilis datant de huit ans. Il y avait une laryngite grave et un sarcocèle énorme. Les frictions causaient de la stomatite au bout de quelques jours. Je tentai l'emploi des injections de calomel malgré la négligence du malade pour les soins de propreté; j'eus un abcès, le seul sur 500 injections, et je ne traitai plus le malade que par les iodures. Il est d'ailleurs très incomplètement guéri.

Dans deux autres cas où l'albuminurie était intense, due ou non à la syphilis, je conseillai de préférer les frictions qu'on peut à volonté réduire ou augmenter ou cesser d'un jour à l'autre, et je me refusai à pratiquer des injections.

J'ai pratiqué de nombreuses injections de calomel dans des cas d'ataxie locomotrice, et aussi de paralysies générales survenues chez des sujets tous atteints incontestablement de syphilis et ne l'ayant pas bien traitée dans les débuts. Or je n'ai jamais obtenu de guérison en dépit de tous les soins dont certains d'entre eux étaient entourés. Il est vrai de dire que le résultat n'est pas meilleur, jusqu'à ce jour, soit par les pilules, soit par les frictions mercurielles ou par tout autre traitement pour les cas confirmés.

D'après les statistiques les plus récentes et les plus réservées au point de vue du prétendu envahissement de la pathologie par la syphilis, cette infection se rencontrerait dans 20,3 p. 100 des cas de tabes ; serait douteuse dans 21,3 p. 100 et ferait défaut dans 58,3 p. 100 des cas. L'auteur, A. Starbeck (*Syphilis et tabes, Zeitschr. f. klin. Med.*, 1896, vol. XXIX, fasc. 1 et 2, p. 140) insiste, et avec raison, sentant bien par où sa statistique laisse à désirer, sur la difficulté du diagnostic rétrospectif de la syphilis ; car, chaque fois qu'on ne la dépiste pas, cela ne prouve qu'elle n'existe pas.

Avec une autre forme de statistique, sur 108 cas de tabes (service de Leyden) il y a 33 syphilitiques et 75 non syphilitiques ; autrement dit la syphilis ferait défaut dans 69,6 p. 100 et existerait dans 30,6 p. 100. L'auteur conclut qu'il n'y a aucun rapport étiologique entre la syphilis et le tabes.

Je suis convaincu, pour ma part, et pour de nombreuses raisons trop longues à exposer ici (fréquences de coexistences, apparition peu de temps après la syphilis, syphilis non traitées, surmenage, défaut de résistance congénitale du système nerveux, etc.), qu'il y a un rapport entre ces deux états ; rapport peut-être indirect, mais réel. Qu'on vienne à supprimer la syphilis et l'on diminuera du coup considérablement le nombre des cas de tabes. Ce que je viens de dire du tabes, s'applique dans mon esprit à la paralysie générale : ce sont des affections incontestablement parasymphilitiques, selon la si exacte expression de Fournier.

Or, dans le tabes comme dans la paralysie générale confirmée, je n'ai pas obtenu, je le répète, de résultat favorable concluant par les injections mercurielles insolubles, si efficaces contre la syphilis active, ulcérations, gommès, etc.

D'un échec à une contre-indication, il n'y a pas loin. Je crois du moins qu'il y a lieu de poser la question.

Pourtant, je ne parle que des cas confirmés de paralysie générale ; car il m'est arrivé deux fois d'avoir affaire à des malades présentant les symptômes de la paralysie générale et n'étant en réalité que des syphilitiques atteints d'une lésion méningo-encéphalitique circonscrite. Dans ces deux cas, la guérison a été obtenue, comme auraient fait d'ailleurs les frictions, mais comme n'auraient pas pu faire, je

crois, les pilules : rapidement et définitivement. Je dois rapporter un fait qui me paraît instructif ; il s'agit de syphilis cérébrale survenue quatre années après le chancre chez un homme âgé de 61 ans. Il y avait un véritable état de gâtisme dont la cause était méconnue ; les frictions et l'iodure firent merveille ; je n'avais pas osé d'emblée employer les injections, bien que le cas fût menaçant, à cause de la cachexie et surtout d'une forte albuminurie à laquelle étaient rapportés les accidents cérébraux. Les frictions diminuèrent cette albuminurie dans une telle proportion que je n'hésitai pas au bout de six semaines à faire quatre injections (une par semaine), qui complétèrent la guérison, du moins autant que les lésions déjà faites pouvaient le permettre.

M. le professeur Tarnowski prescrit, pour chaque dose, 1 gr. ou trois quarts de gramme d'huile tenant en suspension 5 centigr. par gramme de salicylate de mercure. Il a attiré mon attention sur la possibilité de petites embolies immédiates ; c'est du moins l'explication qu'il donne de la fréquence de petites quintes de toux sèche survenant aussitôt après l'injection. Je n'ai pas été frappé de la fréquence de ce phénomène.

On peut dire cependant que le traitement par les injections de calomel ne doit pas être fait quand l'état général est mauvais, compromis par d'autres causes cachectisantes que la syphilis, par la tuberculose avancée par exemple. Mais je l'emploie avec avantage, je crois, chez des sujets atteints à la fois de syphilis et de tuberculose peu avancée, sans compter qu'on peut ainsi guérir des cas de syphilis pulmonaire méconnus ou méconnaissables.

Indications. — Les indications peuvent se résumer sous les quatre chefs suivants : gravité, urgence, ténacité, récidives.

1° J'ai eu des succès très nets, marqués et durables, dans de nombreux cas de *syphilides secondaires* et *secondo-tertiaires* très tenaces, très rebelles ou constamment récidivantes, érosives ou ulcéreuses, parfois communes et herpétiformes, siégeant surtout sur les *régions buccales, labiales ou linguales*. J'engage nettement à recourir aux injections de calomel en pareils cas ; au contraire, on n'obtient rien contre cette variété de *leucoplasie* qui constitue une affection nettement parasymphilitique et rebelle.

2° Je conseillerais les injections de calomel s'il s'agissait de ces syphilides, parfois symétriques et tenaces, papulo-circinées ou psoriasiformes de la paume des mains et de la plante des pieds.

3° J'ai eu un succès durable dans un cas de *syphilide tuberculo-ulcéreuse du lobule nasal*, durant depuis deux ans et prise pour un cancroïde. Le malade avait eu la syphilis vingt-cinq ans auparavant et ne s'était traité que pendant trois ans ; dix ans après sa syphilis, mariage ; sa fille, son seul enfant, n'a jamais rien eu. La guérison a été

obtenue en quatre mois par deux séries d'injections hebdomadaires de calomel, l'une de six, l'autre de quatre, séparées par un mois d'intervalle.

4° Je signalerai un cas d'*onyxis* généralisées fissuraires et suintantes, rebelles aux autres traitements. La syphilis, datait de quatre ans ; il y avait aussi de fréquentes mais éphémères érosions linguales ; le traitement avait consisté en pilules, en sirop de Gibert, en liqueur de Van Swieten, d'ailleurs mal tolérées et peut-être irrégulièrement prises. La guérison eut lieu au bout de 8 injections hebdomadaires.

5° Je me souviens d'un cas d'iritis double menaçante, rapide d'évolution, dans le cours d'une syphilis dénutritive, grave, cachectisante, avec céphalée, alopecie, etc., — six injections, rapide amélioration.

6° J'ai traité avec succès par le même moyen une syphilis d'allure menaçante et qui a été vite enrayée. Le chancre était dans l'aine et durait depuis deux mois ; il a guéri ensuite très vite, soit parce que c'était le moment venu, soit parce que j'ai fait une injection sous-cutanée d'huile biiodurée dans l'épaisseur et au-dessous de sa base indurée. Le roséole était intense, contemporaine du chancre. La céphalée était intense aussi, la dénutrition rapide ; et deux périostoses s'étaient montrées contemporaines du chancre, symétriquement développées sur chaque bosse frontale.

7° Plusieurs cas de *glossite épithéliale* avec rhagades et fissures, résistant aux autres traitements.

8° Citerai-je le cas d'une fillette anglaise de 10 ou 12 ans, type d'hérédosyphilitique et traitée depuis son enfance par divers confrères anglais pour un lupus du nez (depuis six ans). Par deux injections, à quinze jours d'intervalle, une guérison rapide, complète, eut lieu, par une sorte de coup de théâtre, selon l'expression de Fournier.

9° Et ce cas, encore récent, d'un médecin de marine qui, âgé de 47 ans, avait eu la syphilis à 20 ans, contre laquelle il avait fait, dans les premières années, un traitement irrégulier. Depuis six ans, il portait au côté droit du front une ulcération profonde, n'intéressant pas les os, mais que rien ne pouvait guérir : *syphilide ulcéro-serpiginieuse*, menaçant le sourcil et la paupière. Les traitements avaient été pourtant prolongés et énergiques, par exemple 6 à 7 centigr. de sublimé en pilules et 8 gr. d'iodure par jour. Il fallut 10 injections, séparées par quinze jours de repos ; mais le malade partit tout à fait guéri.

10° Et cet autre malade atteint d'une *syphilide tuberculeuse* circonscrite mais régionale, du tronc (qui avait été prise par le médecin habituel pour une *zona* chronique parce qu'elle résista au traitement mixte intense, puis à une saison de Luchon, avec frictions). La syphilis

était d'ailleurs *récidivante*, produisant des accidents, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre. Or il n'y a que les injections qui amenèrent la guérison, et il n'y a qu'elles (depuis douze ans que persiste la syphilis) qui aient amené un répit de deux années durant, et qui dure encore aujourd'hui. Toutefois, en avril prochain, je ferai une nouvelle série de 6 injections, à titre de traitement de garantie ou préventif.

11° Je me garderai d'omettre quelques cas de *neurasthénie grave* relevant de l'infection syphilitique, et dans lesquels j'ai pu, grâce aux injections intra-fessières, ménager l'estomac et donner des toniques et une bonne alimentation. L'ensemble de ces moyens eut raison de cette complication parfois si désespérante.

Il y a encore un autre ordre d'indications qui se présente sans rareté dans la pratique : ce sont les cas où la *syphilis est ignorée*, ou bien si ancienne qu'elle est oubliée, dans lesquels le médecin doute de la nature spécifique d'une lésion, simplement suspecte, où l'on n'ose s'en ouvrir au malade, encore moins à sa famille, où un traitement mercuriel serait nettement refusé et où l'on ne se résigne cependant pas à laisser mourir le malade sans rien tenter.

J'ai observé un cas de ce genre qui m'a beaucoup frappé, il y a quelques années. Je remplaçais dans sa clientèle, mon ami le Dr Burlureau. Un de ses malades avait été traité par Siredey, G. Sée, Potain même, pour une forme scléreuse de tuberculose pulmonaire, — de temps en temps, il avait des nodosités rhumatismales frontales. Si je cite le nom de ces maîtres, c'est que l'autorité de leurs noms prouvera à tous les difficultés qui, dans ces cas, obscurcissent le diagnostic causal. Le malade avait de la fièvre tous les soirs, il toussait, crachait, maigrissait et se cachectisait ; il ne pesait plus que 114 livres. Je fus chargé de continuer les injections d'huile créosotée. Pendant que je le traitais ainsi, survint une poussée des bosses frontales ; je reconnus des périostites probablement syphilitiques. Je m'en ouvris au Dr Burlureau et lui proposai de nous « tromper de liquide à injecter » et de mettre la prochaine fois un tiers de seringue d'huile grise au lieu d'huile créosotée. Le résultat fut rapide et si bon que nous continuâmes ce traitement. En moins de six mois, tout avait disparu : le malade avait repris des forces, des couleurs, de l'embonpoint (140 livres), il n'eut plus de fièvre ; il put reprendre ses travaux qu'il n'a pas cessé depuis plusieurs années que la guérison se maintient sans autre traitement. La famille croit toujours à la guérison d'une tuberculose avancée et s'étonne même que nous n'arrivions pas sur d'autres sujets, franchement tuberculeux, aux mêmes résultats satisfaisants. Eh bien, sans les injections, le malade aurait probablement succombé ; on n'aurait pas pu lui proposer d'autre traitement spécifique et il ne l'aurait certainement pas suivi.

Je me suis trouvé en face de diverses autres indications.

C'est ainsi que chez les prostituées, dans un service où les pilules

sont rejetées et les liquides refusés, le traitement est devenu plus efficace depuis qu'il est régulièrement assuré. La guérison est plus rapide et le séjour de Saint-Lazare moins prolongé. Les malades acceptent facilement, et parfois réclament les injections.

Même quand les accidents contagieux ont disparu, je fais toujours une injection au moment du départ de Saint-Lazare pour éloigner et retarder les récidives et par conséquent éviter plus longtemps les risques de contagion.

Dans les cas de grossesse, alors que la mère a déjà fait des fausses couches relevant d'une syphilis due soit à elle-même, soit plus souvent au mari (qui parfois même s'est prématurément marié, en dépit des avis médicaux); je crois bien faire (et je crois avoir réussi à éviter ainsi et la mort du fœtus et même l'accouchement prématuré) en faisant une injection de calomel tous les mois de la grossesse.

Je les ai enfin employées avec succès dans un cas de *syphilis conceptionnelle* rapidement menaçante : lassitude, maigreur, pâleur, dénutrition ; pas d'accident secondaire ; mais au bout de 5 ou 6 mois, une lésion des os du nez et une imminence de perforation de la voûte palatine ; tout cela a été vite enrayé par quelques injections qui n'ont jamais empêché cette dame de reprendre le chemin de fer le jour même pour un assez long voyage.

Et pourtant les femmes supportent peut-être moins bien les injections que les hommes, mis à part les hommes obèses et alcooliques ; chez la femme, la graisse empêche souvent d'arriver en plein muscle et il y a peut-être plus facilement, sinon des inflammations, du moins des indurations, des nodosités ou des douleurs ; pourtant, je le répète, je n'ai jamais eu d'ennuis sérieux qui m'aient fait regretter d'avoir eu recours à ce moyen ; j'ai eu lieu, au contraire, souvent de m'en réjouir à cause des bons, rapides et durables résultats obtenus, parfois contre toute espérance.

Mais, on le voit, dans tous ces cas, ce sont bien des *indications de garantie*, et toujours d'*exception* qu'il s'agit.

Il y a évidemment toujours des intermittences dans l'application de ces moyens : je fais rarement plus de huit injections de suite ; le plus souvent c'est six. Cette série est séparée de la suivante par un ou deux mois de repos selon les cas. Plus tard, si le péril n'est plus menaçant, si les récidives ne sont plus rebelles ou rapprochées, je reviens au traitement intermittent et si maniable, dont on reste toujours maître, par les pilules de protoïodure selon l'excellente méthode de notre cher maître, le professeur Fournier.

D'après tous ces faits, peut-être peut-on espérer que des syphilis traitées par les injections pendant la période secondaire et à plusieurs reprises échapperont plus nombreuses ou moins graves, au tertia-risme ?

En tout cas, les malades qui ont guéri par les injections consentent

difficilement à se soumettre à d'autres traitements, surtout s'ils ont pu constater auparavant l'inefficacité des premiers moyens contre leurs accidents. Écoutez-les ; c'est *textuel* :

M. K. — « Je ne puis pas prendre de pilules sans avoir de diarrhée ; et au bout de quelques jours de diarrhée, je fais du sang. »

M. H. — « Endolorissement des fesses, c'est un inconvénient très supportable et bien préférable à l'esclavage des frictions et des pilules. » Du reste, chez ce malade, une injection par mois et des pilules le reste du temps, suffisent à empêcher le retour incessant de ces plaques si contagieuses de la face interne des lèvres, lésions qui récidivaient constamment et ne cédaient qu'à regret par les pilules.

M. C. — « Ces diables de pilules ; plus le traitement avance, plus elles me donnent de coliques. »

Et celui-ci. — « Les frictions ! Oh non par exemple ! J'aime bien mieux vos injections : une par semaine ; c'est tout à fait mon affaire ; grâce à elles, voilà plus de deux ans qu'il ne m'est rien survenu ; et pendant les six ans que j'ai fait d'autres traitements, soit chez moi, soit aux eaux, je n'ai jamais eu un mois tranquille. »

Et cet autre : « Les premières injections ne m'ont rien fait, la quatrième seule m'a un peu gêné ; toutes les autres ne m'ont empêché ni de marcher ni de monter à bicyclette... rien n'est plus commode. »

Ou bien encore : « A la fin du troisième jour on s'en aperçoit quand on s'assied ; mais c'est supportable et il n'y a pas à se plaindre ; pour guérir, j'en supporterais bien de l'autre. »

Et les dames : « Je croyais que cela ferait plus mal. J'aime mieux cela que les pilules », etc.

On le voit, par ces paroles rapportées exactement, et notées dans mes observations au moment où elles viennent d'être prononcées, les malades acceptent facilement un traitement dont ils ont pu constater l'énergie et l'efficacité.

Quoi qu'il en soit de cette tolérance et de cette efficacité, je ne puis admettre qu'on traite *indistinctement par un même mode de traitement tous les cas d'une même maladie*.

L'antique doctrine du malade en face de la maladie, du terrain en face de la graine, du médicament en face d'un organisme ou d'une idiosyncrasie, voire même la doctrine plus récente du *locus minoris resistentiæ*, doivent être plus que jamais retenues et soutenues par la clinique.

A l'appui de cette assertion, je rapporterai les faits suivants :

Deux frères prennent la syphilis, l'un meurt paralytique général, l'autre tabétique.

Trois sœurs sont atteintes de néphrite interstitielle, l'une à la suite de syphilis conjugale ; l'autre à la suite de scarlatine ; la troisième à la suite d'influenza.

Un vieux malade prend à dix ans de distance une fièvre typhoïde et une influenza ; dans les deux cas, à la fin de la troisième semaine, il est atteint de phlébite, la première fois à droite, la deuxième fois à gauche.

Et cet autre qui prend une orchite lors de sa première blennorrhagie et qui est atteint d'un autre côté d'une orchite ourlienne à propos d'une crise d'oreillons.

Et tous ces cas où une syphilis contractée la même nuit, avec la même femme, par plusieurs jeunes gens et se comportant par la suite avec des formes tout à fait dissemblables, allant de la plus bénigne à la plus grave, celle-ci n'étant pas la dernière contractée...

Et cet homme qui ne peut pas prendre une blennorrhagie sans avoir un rhumatisme blennorrhagique (cinq blennorrhagies, cinq rhumatismes), etc. ; et cet autre qui a, en dépit de toutes les précautions, orchite sur orchite ; et ce jeune homme qui, depuis 18 jours, alité par une fièvre typhoïde, a une orchite blennorrhagique ; tandis que cet autre, qui ne fait rien d'utile contre son mal, échappe à toute complication... Rappellerai-je le clown de Fournier, et ce gymnaste, qui, en pleine blennorrhagie aiguë, n'ont jamais cessé de faire leurs exercices violents et excentriques sans jamais contracter la plus légère orchite ou complication ; il en est de même pour les orchites traumatiques où après sondage il y a de ces inégalités surprenantes.

Tous ces faits que l'observation nous impose n'ont-ils pas une signification et ne doivent-ils pas avoir une portée pratique ? Tout cela n'est certainement pas le fait du hasard et tout n'est pas dans la nature du germe, dans l'intensité du virus, bien que cela joue certainement un rôle ; mais il y a aussi l'autre facteur, le terrain, avec lequel il faut compter.

Il en résulte qu'un sujet qui est en tel état de récidivité morbide spéciale a plus de précautions à prendre qu'un autre et que le médecin, qui a reçu la mission de le traiter, doit être plus prudent, plus attentif que dans un cas vulgaire ; car ces susceptibilités individuelles, on les rencontre aussi dans la tolérance des médicaments et dans les réactions auxquelles elles donnent lieu.

Pour la créosote, on peut même constater les mêmes inégalités de tolérance suivant les sujets, soit pour les injections, soit même pour les badigeonnages : certaines peaux ne tolèrent-elles pas des doses énormes sans protestation alors que certaines autres sont initiées, et à des degrés très différents, par des doses minimales.

Pour la tolérance de l'alcool il n'en est pas autrement et tel sujet pourra s'intoxiquer sévèrement avec des doses tout à fait inoffensives pour la généralité. Ne se rappelle-t-on pas le cas de cet homme qui eut une paralysie généralisée, aux quatre membres, grave et longue, d'origine exclusivement alcoolique, pour avoir pris seulement un verre

de vin blanc tous les matins à jeun. L'opium, l'iodure de potassium et bien d'autres substances peuvent avoir des effets analogues.

Il ne peut pas ne pas en être de même pour le mercure, ce qui est démontré d'ailleurs par les faits d'hydrargyrie par exemple. Avant donc de l'administrer, surtout à doses massives, que ce soit par une injection ou autrement, mais en injections surtout, puisqu'on ne peut plus en cesser l'effet à volonté, il importe de tâter et de bien connaître la tolérance de chaque sujet pour le mercure.

Comme les injections mercurielles insolubles constituent un traitement actif, s'effectuant avec des doses sinon brutales, du moins massives, il ne faut jamais y recourir d'emblée, sans essai préalable de la tolérance mercurielle, sans l'avoir tâtée pour ainsi dire dans un organisme donné. Je conseille donc de toujours faire une première injection d'essai à demi-dose ou même à plus faible dose encore. On se trouvera bien d'agir avec discernement et de ne pas imposer uniformément la même dose, à toutes les formes d'un mal, ni le même traitement à tous les malades. Quelles que soient les préparations choisies, *on doit* doser le médicament aussi bien dans les injections qu'autrement, mais s'il n'est pas besoin d'action rapide ou intense, pourquoi recourir à ce moyen réservé surtout aux cas où il faut agir *vite et fort*? Et une fois le résultat obtenu, il n'y a même pas à continuer, et il vaut mieux revenir au traitement classique, doux, méthodiquement intermittent, si magistralement indiqué par notre éminent maître, le professeur Fournier.

Lorsqu'au nom de je ne sais quelle décomposition chimique par le suc gastrique, on contestait devant moi l'efficacité du traitement de la syphilis primaire et secondaire par les pilules de protoiodure, je répondais que c'était cependant un utile médicament, car j'avais vu un grand nombre de malades, arrivant couverts de syphilides, n'ayant pas encore fait de traitement spécifique et s'améliorant rapidement au point de vue local et général par lesdites pilules.

C'est avec des arguments du même ordre, c'est-à-dire avec des faits cliniques et des guérisons possibles à obtenir seulement par ce moyen, c'est au nom de l'observation que je viens aujourd'hui soutenir l'utilité des injections de calomel dans un très grand nombre de cas de la pratique syphilographique. En somme, ce procédé guérit, guérit mieux que les autres; nul médecin ne doit refuser systématiquement d'y recourir.

Sur la valeur des injections hypodermiques dans le traitement de la syphilis

Par M. H. HALLOPEAU

Je viens m'associer aux réserves qui ont été exprimées, en ce qui concerne ces injections, par nos collègues Verchère, Portalier, Morel-Lavallée et Fournier.

Ce serait une faute de vouloir apprécier en bloc ces modes d'introduction du mercure : leurs mérites et démérites diffèrent en réalité du tout au tout suivant qu'il s'agit de mercure métallique, de composés solubles ou de composés insolubles.

Pour ce qui est des *composés solubles*, mon siège est fait depuis bientôt trente ans : j'ai eu, en effet, l'occasion de les pratiquer en 1867 sur un de mes amis et cette expérience m'a suffi ; il s'agissait d'une syphilis d'intensité moyenne, remontant à un an ; le jeune homme supportait mal à l'intérieur les diverses préparations hydrargyriques qui lui avaient été prescrites ; il présentait des foyers multiples de syphilides papulo-tuberculeuses : je lui pratiquai vingt-trois injections de sublimé, à la dose de sept milligrammes ; elles provoquaient de vives douleurs et laissaient après elles des nodosités dont plusieurs ont persisté pendant de longues années. L'effet thérapeutique a été pour ainsi dire nul : les groupes de syphilides ont continué à s'accroître et à se multiplier tandis que, bientôt après, une cure par les frictions enrayait définitivement la maladie. Ce traitement hypodermique avait donc été à la fois douloureux et inefficace : en toute évidence cette dose de 7 milligrammes était insuffisante pour ce sujet, de taille et de constitution moyennes, et l'on n'aurait pu l'augmenter sous peine de rendre la douleur tout à fait intolérable. Ce fait m'a paru avoir une valeur décisive contre les injections de sels solubles et je n'ai pas, depuis lors, été tenté d'y recourir de nouveau. J'ai le regret de me trouver, à cet égard, en désaccord avec M. Abadie ; je ne saurais admettre avec lui que l'on puisse élever la dose et éviter la douleur provoquée par ces injections en y ajoutant de la cocaïne ; j'ai trop connaissance des graves dangers que peut entraîner l'action de ce médicament lorsque l'on ne peut amener au bout de peu d'instants son élimination de l'organisme pour y avoir recours dans ces conditions. Les injections hypodermiques de sels mercuriels solubles me paraissent donc devoir être définitivement abandonnées.

Les graves inconvénients qui nous les font proscrire, c'est-à-dire la douleur et l'insuffisance de la dose, n'existent plus pour les injections d'*huile grise* ; on doit plutôt craindre, en raison de leur indolence, d'être entraîné à en forcer les doses. Le seul reproche, en

dehors de ces erreurs faciles et dangereuses de posologie, que l'on puisse leur adresser, c'est qu'avec elles on ne peut suivre de jour en jour l'action du médicament et l'augmenter ou la diminuer suivant la tolérance si variable du malade ; ne pouvant savoir avec quelle rapidité, ni dans quelle mesure se résorbe cette masse métallique introduite sous la peau, on doit toujours craindre des effets momentanément exagérés ou insuffisants. Je reconnais que la grande expérience de nos collègues MM. Balzer et Le Pileur montre que, dans la pratique, ces inconvénients n'entraînent pas de conséquences graves et que, dans les milieux tout spéciaux du Midi et de Saint-Lazare, ces injections assurent, mieux que toute autre méthode, l'introduction du médicament dans l'organisme ; de même, ce moyen a pu être utilisé chez les sujets qui ne peuvent se soigner chez eux ; mais en dehors de ces conditions, je ne puis attribuer à ces injections d'huile grise une valeur supérieure à celle des frictions : on conçoit difficilement que le même médicament, introduit par la peau, produise des effets différents suivant qu'il pénètre par la surface du tégument ou qu'il est injecté dans le tissu sous-jacent ; l'avantage me paraît revenir aux frictions que l'on peut pratiquer avec des quantités variables de mercure suivant le degré de tolérance du sujet ; l'emploi de ces injections, dans la pratique générale, doit donc, suivant nous, être bien restreint ; il est possible cependant que l'absorption massive du médicament puisse agir, dans le cas d'injection, plus efficacement que son introduction quotidienne, à doses modérées, par les frictions. S'il en est ainsi, on pourrait sans doute obtenir ces mêmes résultats avec ces frictions en les pratiquant sur une partie velue, particulièrement au-dessus du pubis : la salivation qui suit si habituellement les onctions d'onguent napolitain employées contre les pediculi de cette région nous en est le témoignage, en même temps qu'elle nous en indique les dangers.

Il nous reste à apprécier le troisième procédé d'injections hypodermiques : nous voulons parler des injections de *sels insolubles*. Ici, nous ne pouvons méconnaître que la discussion actuelle a apporté des faits positifs en faveur de cette médication : il ne paraît pas douteux que des cas de syphilomes ne lui aient cédé après avoir résisté aux traitements les plus énergiques par les autres moyens d'administration du mercure ; il s'en faut cependant que la question soit définitivement jugée en sa faveur et que l'on doive y recourir comme méthode habituelle du traitement.

Il résulte, en effet, en premier lieu, des communications que nous avons entendues, ainsi que de nos observations personnelles, que ces injections sont souvent des plus douloureuses : ce seul fait en rendrait l'application difficile dans la pratique générale. D'autre part, je puis affirmer que, même avec les plus grandes précautions antiseptiques, ces injections peuvent entraîner des suppurations : j'en ai actuel-

lement pour témoin, dans mon pavillon Bazin, un malade qui a reçu une de ces injections dans le service d'un de nos collègues ; elle a été pratiquée par les mains les plus expérimentées ; le malade partit trois jours après pour Vincennes ; or, au bout d'une semaine, il se produisait *eodem loco* un abcès dont les cicatrices sont encore très apparentes. Ce fait suffit à établir que l'on n'est jamais certain d'éviter ces complications.

Je signalerai en passant une autre objection qui peut être adressée aux injections de sels insolubles : c'est de créer, par les nodosités qui leur font suite, des foyers d'appel aux manifestations syphilitique : ce fait ressort en toute évidence de l'histoire de ce même malade chez lequel une injection de calomel a provoqué une suppuration : il s'agit d'un soldat qui a contracté, en janvier 1892, un chancre induré au Tonkin et a eu consécutivement une syphilis maligne : elle fut combattue, en 1893, par huit injections d'oxyde jaune de mercure ; pratiquées au niveau des bras, ces injections laissèrent à leur suite des nodosités : or, huit mois après, des gommes se sont développées à leur niveau et, depuis lors, elles ont presque constamment repullulé, de chaque côté, dans cette région qui, jusque-là, en avait été indemne.

Il résulte de ces faits que ces injections devront être réservées aux cas graves, menaçants, dans lesquels il est indiqué d'exercer une action immédiate et puissante et aussi aux manifestations qui résistent aux autres moyens de traitement, telles que certaines syphilis palmaires, des exostoses, des encéphalopathies ou des affections profondes de l'œil ; et encore ne faut-il pas oublier que, d'après les observations de M. Mauriac, les frictions peuvent réussir alors que les injections de calomel ont échoué : nous nous proposons d'essayer en pareils cas les frictions sus-pubiennes, en surveillant attentivement l'état des gencives.

Nous formulerons ainsi les conclusions qui nous paraissent ressortir de cette discussion :

1° Les injections hypodermiques de sels solubles de mercure doivent être définitivement abandonnées, car elles sont trop douloureuses pour que l'on puisse les pratiquer à dose suffisante et il serait dangereux d'employer la cocaïne pour atténuer cette douleur ;

2° Les injections hypodermiques d'huile grise sont peu dangereuses si l'on s'en tient à des doses modérées ; on peut leur reprocher de ne pas permettre de graduer journellement la dose du médicament ; elles doivent être réservées aux services hospitaliers pour assurer la médication, et aux sujets qui ne peuvent se traiter chez eux ;

3° Les injections de calomel ont le grave inconvénient d'être

souvent très douloureuses; ce fait doit suffire à les faire rejeter de la pratique courante; elles doivent être réservées aux cas dans lesquels une intervention très énergique et immédiate est indiquée ainsi qu'aux manifestations rebelles de la syphilis; elles peuvent être alors efficaces après que les autres moyens ont échoué; la réciproque est vraie; il y aura lieu d'essayer, dans le même but, les frictions sus-pubiennes.

4° Les injections de calomel, alors même qu'elles sont pratiquées avec les plus minutieuses précautions, peuvent donner lieu à des abcès;

5° Les nodosités consécutives aux injections de sels insolubles peuvent constituer des lieux d'élection pour les manifestations ultérieures de la maladie.

A propos de la discussion sur les injections hypodermiques mercurielles insolubles, dans le traitement de la syphilis.

Par M. GALEZOWSKI.

A mon tour, je prends la parole dans la question si intéressante et exposée si magistralement par le D^r Portalier, qui nous démontre que la méthode d'injections au calomel peut être faite d'une manière régulière sans danger, et en évitant les accidents locaux inflammatoires.

Actuellement, comme le dit M. Fournier, le mode opératoire, l'instrumentation sont tellement perfectionnés qu'il n'y a pas à s'arrêter à ce sujet. Les succès ne sont pas discutables, mais il faut formuler les indications des maladies dans lesquelles la méthode doit être appliquée.

Au point de vue des affections oculaires, mon expérience est déjà suffisamment faite, pour pouvoir faire la distinction entre la méthode nouvelle et une des anciennes qui m'a donné d'excellents résultats pendant plus de 7 ou 8 ans. Je veux parler des frictions mercurielles, employées avec persévérance pendant deux années consécutives, condition *sine qua non*, pour obtenir un résultat certain et durable.

C'est dans les choréïdites syphilitiques, accompagnées de flocons du corps vitré, que ce traitement m'a toujours donné des résultats des plus satisfaisants et des plus concluants, pendant que les autres tels que le sirop de Gibert, les pilules de sublimé, le proto-iodure et l'iodure de potassium administrés par les voies stomacales sont restés sans résultat, pendant de longues années.

Il y a deux ans, j'ai eu l'honneur de vous communiquer en détail, les résultats obtenus par les frictions mercurielles. Je ne cesserai jamais de vous répéter, que cette méthode seule doit être administrée, toutes les fois que la choroïde, la rétine ou le corps vitré sont atteints par la syphilis, avec la condition absolue, que la dose ne dépasse pas 2 grammes par friction journalière, et sans interruption pendant deux années, temps reconnu nécessaire pour faire disparaître les flocons du corps vitré.

Il est évident, que puisque la marche de la maladie est lente, et que le médicament agit très énergiquement et très rapidement, l'effet ne pourra en excéder une certaine durée, et comme le dit M. Fournier les récurrences seront constantes si on n'a pas recours à d'autres modes de traitement.

En réponse à la demande de M. Fournier, de formuler les indications relatives à cette nouvelle méthode, je les résume ci-dessous, au point de vue des affections oculaires.

1° C'est dans les iritis gommeuses, graves, accompagnées d'oblitérations pupillaires et d'exudations dans la chambre antérieure, ou dans le corps vitré que les injections de calomel seront employées avec avantage.

2° Dans les tumeurs gommeuses de la sclérotique. Cette dernière affection prend quelquefois une telle extension et une gravité telle, que si on n'intervient pas avec une grande énergie, immédiatement, et si on n'a pas recours aux injections de calomel, l'existence de l'œil sera compromise. J'ai eu dernièrement l'occasion de constater ce fait chez un de nos malades.

3° Dans les névrites optiques syphilitiques provoquées par le développement d'une tumeur gommeuse, soit dans le trajet de ce nerf, soit dans le chiasma.

J'ai eu l'occasion de soigner, il y a quelques mois, une femme atteinte de névrite optique syphilitique des deux yeux, où tous les traitements employés avant moi étaient restés sans résultat ; les injections au calomel faites par le médecin de la famille ont seules amené, au bout de 17 injections, non seulement l'arrêt de la maladie, mais encore une amélioration sensible de la vue.

4° Au début de certaines atrophies papillaires ataxiques syphilitiques.

5° Dans les paralysies musculaires de la troisième ou sixième paire après que les autres méthodes auront été employées sans résultat voulu.

6° Dans les exostoses orbitaires et dans la région du sac ou du canal lacrymal.

Avant de terminer, je tiens à vous parler de la méthode d'injections intra-veineuses au cyanure d'Hg ou de toute autre préparation

soluble de mercure, méthode mise pour la première fois en pratique par le D^r Bacelli.

Cette méthode, que vient de nous recommander M. le D^r Abadie, est considérée par lui comme idéale.

Je ne m'associe pas à cette manière de voir, je dirai même plus, qu'elle est dangereuse, car elle ne peut manquer de provoquer des accidents des plus sérieux en compromettant la santé générale.

Le hasard a voulu que, tout dernièrement, un malade habitant le midi soit venu me consulter pour des accidents d'atrophie papillaire syphilitique. Il venait d'être soigné pendant plusieurs mois, par les injections intra-veineuses de cyanure d'hydrargyre. On lui avait fait 14 injections. Outre les vomissements, les fortes diarrhées, les maux de tête, et les accidents cérébraux qui suivaient chacune de ces injections, son état général de santé s'était tellement aggravé, que sa vie était en danger. La vue n'avait subi aucune amélioration.

Depuis que j'ai pris son traitement sous ma direction, soumis aux frictions mercurielles et au régime reconstituant général, sa santé s'est améliorée, les forces sont revenues, et certains indices me prouvent que sa vue est améliorée.

Ce seul fait, quoique isolé, ne me permet pas d'accepter une méthode qui, au bout de 14 injections, a pu mettre la vie de cet homme en danger.

M. VERCHÈRE. — J'avais l'intention de prendre la parole et de faire une nouvelle communication sur la question en discussion. Mais je ne veux pas la prolonger, et le travail très remarquable de M. Portalier me permet de ne pas abuser des moments de la Société. Je partage complètement l'avis qu'il a défendu. Les mêmes arguments, les mêmes observations m'auraient amené aux mêmes conclusions auxquelles je souscris absolument, et qui se trouvaient du reste en substance dans la première communication que je vous ai faite.

Je ne veux ajouter qu'un document que réclamait M. Le Pileur dans la dernière séance à l'égard des injections d'huile grise, et qui a trait à la fréquence relative de la stomatite.

Mon interne M. Chastanet a relevé 547 observations de malades qui ont été traités par le mercure dans mon service depuis l'année 1889 jusqu'au 20 février 1896.

Il n'a été fait de piqûre de calomel qu'après le 1^{er} mars 1894, et je ne ferai commencer ma statistique qu'à cette date.

Depuis le 1^{er} mars 1894, nous relevons 217 traitements mercuriels, ainsi décomposés. Traitement par pilules de proto-iodure et pilules de sublimé : 153 ayant donné lieu à 9 stomatites (1).

Traitement par piqûre de calomel : 64 ; stomatite, 8.

Les piqûres de calomel ont été administrées par séries d'importance variable.

(1) Dont une chez une femme non syphilitique, traitée par erreur de diagnostic.

NOMBRE DES SÉRIES	NOMBRE DES PIQÛRES	DOSES	STOMATITES
1... 23	1	0,10 centigr.	1
2... 5	2	0,10 —	0
3... 1	3	0,10 —	0
4... 9	1	0,05 —	0
5... 13	2	0,05 —	5
6... 13	3	0,05 —	2
64	110		8

Il est à noter que la plupart de ces malades avant de recevoir leur piqûre prenaient déjà des pilules depuis plus ou moins longtemps. Ainsi celle de la première série qui présenta une stomatite très grave après une seule piqûre de 0,10 centigr. prenait les pilules de proto-iodure depuis quinze jours. Par contre, les pilules ont toujours été supprimées chez les malades qui avaient reçu des piqûres.

Les piqûres de 0,10 centigr. ont toujours été espacées de quinze jours au moins et souvent de beaucoup plus ; de là, sans doute, l'absence de stomatites dans les séries 2 et 3.

Les piqûres de 0,05 étaient faites régulièrement tous les sept jours.

M. GASTOU. — Dans la dernière séance j'ai donné le résultat d'une série d'injections pratiquées dans le service de mon maître M. le Dr Fournier. Dans cette série il n'y avait pas eu d'abcès. Il n'en avait pas été de même au début de l'application de la méthode dans une première série, et voici qu'une troisième série a donné lieu à quelques abcès.

L'antisepsie ayant toujours été la même dans les trois séries, et pour la première série la cause évidente des abcès ayant été la brièveté des aiguilles employées, à quelle cause attribuer les abcès qui viennent d'inaugurer cette troisième série d'injections. Ces abcès ayant coïncidé avec l'arrivée d'élèves non encore complètement habitués à la technique des injections, il semblait que la cause des abcès devait être dans une faute de technique. Quelle était cette faute, ce n'était pas l'antisepsie, qui était pratiquée de même façon. Il fallait chercher ailleurs.

J'ai essayé à l'amphithéâtre des injections dans la fesse et j'ai suivi sur des coupes perpendiculaires à la surface cutanée les traces de l'injection.

Au-dessous de la peau existe une couche de tissu cellulo-graisseux, c'est la couche adipeuse, puis profondément la masse musculaire. Ces couches et surtout les deux dernières varient beaucoup d'épaisseur et de consistance d'un sujet à l'autre, si bien qu'à ce point de vue on peut diviser les sujets en émaciés, adipeux et musclés. Il est facile de comprendre que plus ces différentes couches seront épaisses, plus l'injection devra être profonde, et que la couche adipeuse peut acquérir un développement tel qu'elle empêche l'accès de la masse musculaire, si l'aiguille est courte. En outre si la masse musculaire est peu résistante, si la couche adipeuse se laisse distendre, l'injection refluera dans les différentes couches au lieu de rester dans le muscle et il se formera un véritable trajet canaliculaire allant du muscle à la peau.

Ces considérations aident à comprendre le mécanisme des empâtements et abcès.

Si l'injection est bien intra-musculaire, il ne se produira qu'un nodus, ou abcès aseptique enkysté, peu douloureux généralement. S'il y a reflux dans la couche adipeuse, l'injection s'étale dans le tissu cellulo-grasieux et crée l'empâtement au moindre contact.

Enfin, si l'injection remonte dans le trajet de l'aiguille, il se produit un véritable abcès canaliculaire, très superficiel, peu douloureux, le plus souvent aseptique.

Je crois que c'est à cette dernière cause que l'on peut attribuer les abcès récents du service : l'aiguille était mal retirée et ainsi se produisait sûrement le reflux de l'injection et l'abcès consécutif.

Les mêmes considérations anatomiques peuvent-elles expliquer la douleur ou l'indolence ? J'émet l'hypothèse que le foyer intra-musculaire produit par l'injection n'est pas douloureux s'il pénètre directement entre les fibres musculaires. Tandis que la douleur sera d'autant plus intense que l'injection tombera dans des espaces intermusculaires, interaponévrotiques plus riches en tissu cellulo-conjonctif.

M. ABADIE. — Je constate, d'après ce qui vient d'être dit par les orateurs qui ont pris successivement la parole, que l'accord est unanime sur la supériorité incontestable des injections sous-cutanées de sels mercuriels. Je ne spécifie pas, à dessein, la nature du sel employé, car vous venez d'entendre M. de Lavarenne qui, avec le biiodure, a obtenu des succès tout aussi éclatants que d'autres avec le calomel ou l'huile grise, que moi-même avec le sublimé ou le cyanure d'hydrargyre. Voilà donc un premier résultat nettement établi par l'importante discussion qui vient d'avoir lieu, les sels mercuriels semblent avoir une action plus puissante contre la syphilis quand ils sont administrés par la voie sous-cutanée que par la voie buccale.

Dès lors, pourquoi M. le professeur Fournier, qui nous a déclaré lui-même avoir guéri des cas très graves jusqu'alors rebelles aux autres moyens de traitement, cherche-t-il à restreindre l'emploi des injections et à en déterminer les indications limitées. N'est-il pas, au contraire, plus rationnel en présence de la puissance curative plus grande attestée aujourd'hui par tous les syphiligraphes, d'en généraliser l'emploi au lieu de le restreindre et de ne s'en passer que quand on ne peut pas faire autrement.

J'estime comme M. Julien qu'en présence d'un individu atteint de syphilis confirmée, le diagnostic ne laissant plus aucun doute il y a tout avantage à le soigner de suite et par les moyens les plus énergiques dont nous pouvons disposer. L'expérience de tous les jours nous démontre que les accidents secondaires ne permettent en aucune façon de préjuger de l'avenir d'un malade et du sort qui lui est réservé par la syphilis. Quelquefois, après des accidents secondaires graves et tenaces, tout rentrera complètement et définitivement dans l'ordre. Inversement, et ces cas-là sont incontestablement fort communs à la suite d'accidents de début insignifiants, après une longue période d'accalmie absolue, apparaîtront soit chez le sujet lui-même, soit chez ses descendants, des accidents fort

graves du côté du système nerveux, des organes des sens, dont il sera très difficile de se rendre maître. Car, fait remarquable, plus ces manifestations sont tardives et limitées, plus elles sont tenaces.

Au début d'une vérole nous ne savons donc jamais comment elle se comportera ; à l'heure actuelle nous ne possédons aucun signe clinique qui nous permette d'en établir le pronostic, dès lors pourquoi ne pas la traiter sérieusement dès l'origine.

Je répondrai à M. Hallopeau que, journellement, depuis plusieurs années je pratique un nombre respectable d'injections sous-cutanées de cyanure d'hydrargyre associé à la cocaïne et que je n'observe jamais d'accidents.

La solution que j'emploie est au centième, c'est-à-dire 1 gr. de cyanure d'hydrargyre et 1 gr. de cocaïne pour 100 gr. d'eau. J'injecte donc 1 centigr. de cocaïne et je puis affirmer qu'à cette dose aucun accident n'est à craindre.

J'emploie le cyanure à la place du sublimé, uniquement parce que ce dernier forme avec la cocaïne un précipité insoluble, mais je n'ai pas remarqué que la puissance curative de l'un ou l'autre de ces deux sels fût différente.

Ma discussion avec M. Galezowski ne sera pas longue, car quand on possède, comme il le prétend et ne cesse de le répéter, un moyen avec lequel il guérit *toujours tous* ses malades, ce qu'il a de mieux à faire c'est de le garder.

M. HALLOPEAU. — Je persiste à croire que l'emploi répété de la cocaïne n'est pas inoffensif. J'ai vu des accidents redoutables survenir après une injection de cocaïne de 6 milligr.

M. BALZER. — Depuis quatre ans, j'ai fait à l'hôpital du Midi un nombre considérable d'injections de calomel ou d'huile grise, et *je n'ai pas eu un seul abcès*.

M. BESNIER. — J'attire l'attention de la Société sur la statistique de M. Balzer, parce qu'elle est unique. Malgré toutes les précautions commandées par l'antisepsie la plus rigoureuse, nous n'avons pas pu, M. Feuillard et moi, éviter à coup sûr la production de petits abcès superficiels sur le trajet de l'aiguille.

M. DU CASTEL. — Je crois que le sexe féminin est un terrain plus propice à la formation des abcès. C'est ainsi que j'explique la fréquence des abcès à l'hôpital de Lourcine, et leur rareté à l'hôpital du Midi.

M. BESNIER. — Nous avons eu des abcès indifféremment chez les hommes et les femmes.

M. ABADIE. — Si l'on n'a pas soin de laver la peau à l'alcool avant la piqûre, si l'on ne flambe pas l'aiguille de platine iridié, l'abcès devient la règle.

M. BESNIER. — Nous avons suivi rigoureusement tous les préceptes de l'antisepsie. Quant à l'emploi de l'aiguille de platine iridié, il n'est pas indispensable puisque M. Balzer se sert d'aiguilles d'acier.

M. EUDLITZ. — Il faut faire bouillir la seringue et l'aiguille.

M. BALZER. — Je n'injecte jamais plus de 5 à 7 centigr. Une injection plus forte peut donner lieu à une réaction phlegmoneuse.

M. FOURNIER. — En employant toutes les précautions, il y a eu dans mon service 4 abcès sur 400 injections. Ordinairement le liquide puriforme, de couleur chocolat, contenu dans ces collections est aseptique. Il s'agit, suivant l'expression de M. Balzer, d'une nécrose liquéfiée.

M. BALZER. — Il y a aussi de véritables abcès microbiens.

M. FOURNIER. — On observe donc deux variétés de collections, les unes bactériennes qui pourront être évitées, les autres aseptiques qu'on ne peut supprimer.

M. BESNIER. — Je ne puis m'expliquer la contradiction qui existe entre la statistique de M. Balzer et la mienne.

M. BROcq. — Comment M. Balzer pousse-t-il son injection. Quand on opère rapidement, la douleur est vive et la réaction forte. Quand on va plus lentement, ces suites sont plus bénignes.

M. BESNIER. — Alors même qu'on pousse l'injection avec une extrême lenteur, on provoque une contraction du muscle irrité et le rejet d'une goutte du liquide injecté. En pareil cas, on peut être à peu près certain qu'il surviendra un abcès intra-canaliculaire.

M. DE LAVARENNE. — M. Letulle a fait des expériences qui démontrent que l'injection brusque du mercure dans les tissus est suivie d'un abcès, tandis que l'injection lente n'en produit pas. Il est bon de se servir d'une aiguille très fine et de pincer la peau pendant qu'on la retire.

M. BARTHÉLEMY. — Je crois en effet que toutes ces précautions sont utiles.

M. BESNIER. — En tout cas, elles ne sont pas indispensables, puisque M. Balzer, qui ne les prend pas, n'a pas eu d'abcès.

M. PORTALIER. — A titre de document, je citerai le cas d'un homme de 50 ans, qui s'est fait faire, dans l'espace de six mois, quarante injections par son jardinier ! Ici, malgré l'absence absolu de précautions, il n'y a pas eu d'abcès.

M. FOURNIER. — S'il est un axiome reconnu vrai par tous les médecins, c'est que la vérole doit être traitée pendant un grand laps de temps. Or la méthode des injections est admirablement faite pour décourager les malades. Dans les 60 p. 100 des cas, les douleurs causées par les piqûres sont intolérables, aussi le syphilitique soumis à ce traitement désertera. C'est une méthode à faire le vide dans un service, suivant l'expression de M. E. Besnier. Je crois donc que l'emploi des injections doit être limité à certains cas spéciaux et exceptionnels.

M. BROcq. — Je me demande comment le praticien pourra se faire une opinion, à la suite de cette discussion si longue et si confuse. Peut-être

serait-il bon de nommer une commission qui serait chargée de rédiger des conclusions fermes.

M. BESNIER. — La question n'est pas mûre et nous ne pouvons pas encore donner un code des injections. Mais le terrain est dès maintenant déblayé et je suis convaincu que nous avons fait un travail utile.

La séance est levée.

Le secrétaire,

E. JEANSELME.

SÉANCE DU 12 MARS 1896.

Présidence de M. Ernest Besnier.

SOMMAIRE. — Ouvrages offerts à la Société. — A propos du procès-verbal : M. BARTHÉLEMY, M. FEULARD. — Deuxième note sur une dermatite suppurative multiforme, par MM. HALLOPEAU et PRIEUR. — Scrofulo-tuberculose cutanée à manifestations multiples, par M. FEULARD. (Discussion : M. DU CASTEL.) — Scrofulo-tuberculose cutanée consécutive à une varicelle, par M. H. FEULARD. — Ulcération chancriforme chez un ancien syphilitique, par M. DU CASTEL. (Discussion : MM. A. FOURNIER, E. BESNIER, JULIEN, BARTHÉLEMY, BEAUDOUIN.) — Ulcération tuberculeuse de la face palmaire du médius, par M. DU CASTEL. — Zona ophtalmique ayant simulé un érysipèle, par M. DANLOS. (Discussion : M. BARTHÉLEMY.) — Syphilis mutilante d'origine infantile, par M. DANLOS. (Discussion : MM. HALLOPEAU, E. BESNIER, A. FOURNIER.) — Sur un pemphigus foliacé consécutif à une dermatite herpétiforme, par MM. HALLOPEAU et JOUSSET. (Discussion : MM. E. BESNIER, HALLOPEAU, TENNESON, BARTHÉLEMY.) — Sur un érythème bulleux suraigu des mains, par MM. HALLOPEAU et JOUSSET. — Sur une syphilide en nappe du cuir chevelu simulant l'eczéma séborrhéique, par MM. HALLOPEAU et BUREAU. — Sur une variété de syphilis médullaire, par M. A. FOURNIER. — Dermatite herpétiforme au cours de la grossesse, par M. CANUET. (Discussion : MM. TENNESON, CANUET, E. BESNIER.) — Application des greffes dermo-épidermiques, par M. TERRIEN. (Discussion : MM. E. BESNIER, TENNESON, HALLOPEAU, A. FOURNIER.) — Du chimisme gastrique chez les syphilitiques traités, par MM. GASTON et BABON.

Ouvrages offerts à la Société.

V. MIBELLI. — Ext. du *Giornale ital. delle mal. vener. e della pelle*. Un caso di rinoscleroma, 1888 ; di una nuova forma di cheratosi : angiocheratoma, 1889 ; Sulla esfoliazione areata della lingua, 1889 ; l'Angiocheratoma, 1891 ; Sul favo, 1892 ; Sul cheloide acneico, 1893 ; Contributo allo studio della ipercheratosi dei canali sudoriferi (paracheratosi dei canali sudoriferi) (paracheratosis), 1894 ; Sulla paracheratosi, 1894 ; Ipercheratosi eccentrica, 1895.

Ext... du *Monatshefte f. prak. Dermatologie*. Beiträge zur histologie des Rhinoskleroms, 1889 ; Ueber die Behandlung der Urethritis blennorrhoea mittelst Ausspülungen mit Kalium permanganicum, 1894 ; Trichophytia blepharo-ciliaris (blepharitis trichophytica), 1894 ; Ueber die verschiedenen prurigoformen, 1895.

VERCHÈRE. — De la valeur séméiologique du cancer de l'ombilic. Ext. : *Revue des maladies cancéreuses*, 1896.

L'urétrite glandulaire enkystée chez la femme. Ext. : *Presse médicale*, 1895. Nécrose syphilitique de l'os incisif. Ext. : *Presse médicale*, 1895.

DUNCAN DULKLEY. — Sleep in its relations to diseases of the skin. Ext. : *The medical Record*, novembre 1895.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

Leucoplasie buccale.

M. BARTHÉLEMY. — Dans la dernière séance réglementaire a eu lieu une discussion sur la *leucoplasie buccale*. Depuis cette époque j'ai eu l'occasion de voir un cas de leucoplasie bucco-linguale avec un placard très circonscrit sur le côté gauche de la langue. Ce placard et cette leucoplasie ont été traités, il y a vingt-six ans par Bazin qui les a qualifiés de psoriasis lingual arthritique et qui, insistant beaucoup sur ce dernier point, a conseillé les traitements les plus simples et l'hygiène buccale la plus douce, défendant même les eaux sulfureuses comme trop irritantes et ne permettant que les eaux alcalines (Vichy, Royat notamment). Pendant vingt-six ans, moyennant ces précautions, la lésion fut très tolérable pour le malade. Mais au mois de septembre dernier, commença pour lui un cancer, non pas bucco-lingual mais gastro-hépatique.

J'ai vu récemment, dans le service de M. Fournier, un malade atteint de psoriasis généralisé, qui était atteint en même temps de leucoplasie.

J'insiste sur cette rareté pour bien montrer quelle différence je crois exister entre le psoriasis lingual et le psoriasis cutané vulgaire.

Ai-je besoin de dire qu'il ne s'est nullement agi de métastase ; la lésion cutanée n'a disparu que proportionnellement (comme c'est la règle) à la cachexie cancéreuse et quand celle-ci a été profonde. Si le cancer de mon premier malade s'était développé in situ, sur la langue, cela eût paru assez ordinaire ; mais le cancer ici est lointain. Doit-on admettre alors que la leucoglossie n'est que le symptôme apparent d'une affection qui occuperait toute la muqueuse digestive ? Ou bien s'agit-il là d'une simple et forluite coexistence ? J'ai cru devoir citer ce cas, car si les cas de leucoglossie confirmée sont fréquents, on ne voit pas souvent l'aboutissant extrême et on ne sait pas toujours ce qu'ils deviennent longtemps après.

Pourtant, en 1882, j'ai vu avec M. Besnier un de ces sujets atteints de psoriasis invétéré cachectisant, se terminer par un cancer intestinal.

M. FEULARD. — Il y a longtemps qu'en France un grand nombre de médecins considèrent le cancer comme une des manifestations possibles, éloignées, de ce qu'on a appelé neuro-arthritisme. C'est également chez les personnes entachées de cette diathèse que se développent de préférence un grand nombre de maladies cutanées, le psoriasis notamment ; la leucoplasie buccale doit être aussi rangée parmi les manifestations de même ordre. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce qu'on puisse voir se développer sur le même sujet à des époques différentes plusieurs de ces manifestations. Sur les rapports de l'eczéma et du cancer, M. le professeur Fournier a donné dans une de ses leçons une belle observation concernant plusieurs membres d'une même famille.

Deuxième note sur une dermatite suppurative multiforme à poussées successives.

Par M. HALLOPEAU et PRIEUR.

Nous apportons aujourd'hui la suite et la fin de l'histoire morbide que nous avons fait connaître à la Société, dans sa dernière séance réglementaire, sous cette dénomination nouvelle, répondant à une forme non encore décrite d'éruption pemphigoïde : la maladie après être restée pendant quelques jours stationnaire, a pris tout à coup, vers le 20 février, un caractère grave et s'est terminée par la mort.

Nous allons résumer les phases successives de cette dernière étape qui s'étend du 14 février au 4 mars.

Du 14 au 18 : État stationnaire. L'éruption reste limitée aux endroits que nous avons énumérés, s'y modifiant dans ses aspects, mais ne s'étendant pas. La température oscille entre 37°,2 et 38°.

Le 17 : La fièvre s'élève. La température, qui le matin est de 38°,4, monte le soir à 38°,9. En même temps une poussée éruptive intense se produit. Les sièges de prédilection, avant-bras, jambes, partie interne des cuisses, sont recouverts d'éléments nouveaux et, de plus, l'éruption paraît vouloir franchir ses limites ordinaires. A la partie interne des cuisses et aux grandes lèvres, on remarque des saillies végétantes.

Du 20 au 24 : L'éruption, au lieu de diminuer d'intensité comme lors des poussées précédentes, augmente chaque jour de violence et d'étendue, envahissant les parties qu'elle avait jusque-là toujours respectées. Les sensations de cuisson sont des plus pénibles.

Le 25 : L'éruption a envahi toute la partie postérieure du tronc, le ventre, le thorax, est montée au cou, a atteint la face, les régions rétro-auriculaires et le cuir chevelu. Ce sont toujours les mêmes éléments, des pustules pour la plupart miliaires, quelques-unes atteignant le volume d'une lentille.

Les oreilles, les ailes du nez, la lèvre supérieure et le menton, sont les parties de la face les plus affectées.

A la partie antérieure du thorax, l'éruption est disséminée ; on trouve quelques éléments isolés, mais la plupart sont groupés et forment des figures irrégulières, arrondies, rappelant celles que nous avons décrites précédemment sur les membres inférieurs.

Au ventre, l'éruption est confluyente sur un fond rouge sombre qui ne laisse pour ainsi dire pas d'intervalles de peau saine.

A la partie postérieure du tronc, l'éruption persiste très intense. A la région sacro-lombaire, on voit des croûtes lamelleuses autour desquelles l'épiderme soulevé forme un bourrelet.

Au membre supérieur gauche, la tuméfaction est considérable, surtout à la région du coude où l'éruption est confluyente : celle-ci a d'ailleurs intéressé le bras et l'avant-bras, formant çà et là des bulles qui ont plus de 2 centim. de diamètre. Autour de plusieurs pustulettes de l'avant-bras, on remarque une aréole hémorrhagique.

Le dos et la paume des mains sont envahis. L'éruption est confluyente sur les cuisses et les jambes dont la couleur passe au rouge de plus en plus foncé. Cette rougeur, à la partie postérieure des cuisses, prend un ton livide. Les deux pieds sont tuméfiés et excoriés.

Sur le cuir chevelu, on voit de minces croûtelles avec pustules miliaires innombrables.

L'état général s'aggrave; la malade s'affaiblit. Elle se plaint incessamment des vives douleurs qui provoquent l'éruption; le moindre mouvement est atrocement pénible. La fièvre persiste.

Le 20. L'éruption continue sa marche progressive.

De nouvelles poussées de pustules miliaires se sont produites sur le visage, aussi bien dans les intervalles longtemps demeurés sains que dans les anciens foyers, mais les éléments sont plus larges sur ces derniers où ils atteignent le volume d'une lentille. On en remarque de nouveaux à la région glabellaire et à la partie interne des sourcils. L'éruption augmente sur le cou et sur le cuir chevelu.

La muqueuse buccale a été envahie à son tour; les piliers, la luette, la partie postérieure du pharynx portent des vésicules; l'œsophage ne doit pas être respecté car la déglutition est extrêmement douloureuse: il faut insister beaucoup pour que la malade consente à s'alimenter.

Même état aux membres supérieurs; persistance au niveau des coudes de la tuméfaction, qui, au premier abord, simule une arthropathie.

On trouve de larges ecchymoses à la partie postérieure des cuisses. Les végétations des régions inguinales s'accroissent.

Au niveau des deux genoux, les soulèvements pustulo-bulleux forment des séries de plis saillants, parallèles, très fins, très rapprochés, sur fond rouge, simulant ceux que pourrait faire une fine mousseline. Ces plis saillants dessinent des courbes à concavité dirigée vers le centre de la rotule et se rejoignant sur les parties latérales de l'articulation.

De nouveaux éléments sont apparus sur le dos des orteils et aux cous-de-pied.

Le 27, l'éruption a encore augmenté sur la face. Elle recouvre les paupières, la racine du nez d'où elle part en éventail pour recouvrir les sourcils. Les tissus du menton et du cou sont œdématisés.

Sur le corps, l'aspect plissé signalé précédemment se généralise. Il se fait une production abondante d'un liquide jaunâtre et clair qui transsude de toutes les parties excoriées et inonde la literie.

La déglutition est plus facile, mais la respiration est très pénible; au niveau de la trachée, il paraît se faire une desquamation et une suppuration abondantes, si l'on en juge par les produits expulsés. Il en résulte une oppression pénible. L'état général paraît s'être un peu amélioré depuis que la malade reprend des aliments.

Le 28. L'éruption de la face s'est encore étendue; elle occupe maintenant la presque totalité du visage, ne laissant qu'un ruban de peau relativement sain qui traverse le milieu du front et descend sur les joues entre les placards qui entourent les ailes du nez et ceux qui entourent les oreilles. Elle consiste actuellement en un érythème sur lequel reposent de nombreux soulèvements purulents, formant des pustules et des bulles, au pourtour desquelles la rougeur est plus marquée.

Toute la partie antérieure du tronc est couverte d'un vaste soulèvement purulent sous lequel on aperçoit le derme rouge et suintant; de place en place, quelques éléments miliaires persistent.

Au niveau de l'abdomen, le soulèvement épidermique est presque complètement détaché de la surface dermique rouge et suintante.

L'éruption a conservé sur les membres son même aspect; les soulèvements bulleux des doigts et des orteils sont cependant plus larges.

L'état général devient de plus en plus alarmant: la faiblesse s'accroît, malgré une alimentation assez abondante avec des œufs, des potages, du rhum, du café, du lait. L'oppression a un peu diminué et les pulvérisations phéniquées ont atténué la sensation de vive cuisson au niveau du larynx.

Le 29: Toute la face est envahie, sauf une petite zone transversale sur le milieu du front.

Elle est recouverte de pustules confluentes sur les joues, le nez, les sourcils, le front et le cuir chevelu. On note quelques bulles sur le front. Celles qui ont été précédemment signalées sur la lèvre inférieure, le menton, le nez sont transformées en croûtes. Les paupières sont rouges et suintantes: il y a un léger degré d'ectropion des paupières inférieures.

Le 3 mars. Desquamation généralisée sur toute la face; on trouve çà et là quelques petites pustules. L'éruption se dessèche partout et fait place à des squames et à des croûtes.

A la région postéro-externale du genou gauche, on note un soulèvement œdémateux.

Au coude droit, un sphacèle commence à se produire au point de pression sur le lit.

Le 4 mars. Sur tout le corps, les éléments éruptifs sont transformés en croûtes reposant sur une peau rouge et sèche. Les membres sont le siège d'une infiltration œdémateuse considérable.

Adynamie profonde. Le malade tousse un peu; l'expectoration est muco-purulente; la langue est sèche. Depuis le début de la dernière poussée, la température a oscillé entre 38° et 39°,2.

Mort à 4 heures de l'après-midi sans incidents particuliers.

L'autopsie est faite le 6 mars.

Il était intéressant surtout de voir quelles étaient les traces laissées dans le larynx et la trachée d'une part, dans l'œsophage de l'autre, par l'envahissement de l'éruption.

Elles sont nulles dans les premiers de ces organes.

La muqueuse de la partie inférieure de l'œsophage présente les vestiges de quelques vésicules, et sa coloration rougeâtre laisse deviner qu'un processus éruptif assez marqué s'y est produit.

La muqueuse de l'estomac est normale. Le foie énorme, gras, le lobe droit considérablement augmenté; il pèse 2,750 grammes. La rate est de même volumineuse et pèse 300 grammes.

A l'ouverture du péricarde, une certaine quantité de liquide s'écoule. Le cœur ne présente d'autre altération qu'un peu d'épaississement des bords libres de la valvule.

Les poumons portent les traces d'un certain degré de congestion récente, surtout à gauche. Les reins sont plus gros que normalement et pèsent 202 et 210 grammes.

Une communication ultérieure donnera les résultats des examens plus complets de la peau, des muqueuses, des principaux organes et d'un précipité tiré des urines qu'on n'a encore pu définir chimiquement.

Il résulte de cette observation que la maladie, jusqu'à la fin, a été constamment constituée par des soulèvements d'emblée purulents, se différenciant ainsi nettement des dermatites herpétiformes ainsi que des pemphigus qui ne suppurent que secondairement.

L'éruption a continué à être remarquable par la singularité de ses formes : aux signes alphabétiques indiqués précédemment, il faut ajouter cet état très finement et parallèlement plissé de l'épiderme soulevé au pourtour des genoux.

Les poussées purulentes ont continué à se produire simultanément dans toutes les parties envahies ; celles-ci ont fini par représenter toute la surface du corps, mais cela n'a été que graduellement, et bien que les éruptions se soient manifestement produites sous l'influence d'une cause générale, selon toute vraisemblance, ainsi que nous l'avons dit déjà, d'une dyscrasie par toxines, il y a eu des processus locaux : le fait a été des plus remarquables au visage où l'on a vu les deux groupes d'éléments intéressant d'abord isolément, d'une part, la partie médiane, c'est-à-dire le nez, son pourtour, et celui de la bouche, d'autre part, la partie la plus reculée des joues et le haut du front, s'étendre chaque jour par poussées successives, les uns excentriquement, les autres concentriquement, pour se réunir et intéresser ainsi enfin toute l'étendue de la face.

Comme phénomène nouveau, dans cette dernière phase, nous devons signaler l'énorme hypersécrétion qui s'est produite dans les derniers jours aux dépens des surfaces excoriées.

La maladie a présenté constamment, dans cette dernière période, les mêmes caractères essentiels, mais au lieu de rester limitée, comme elle l'avait été depuis dix ans, à des régions circonscrites, toujours les mêmes, elle s'est généralisée et a fini par envahir toute la surface cutanée.

La mort a pu s'expliquer par l'épuisement qu'ont entraîné l'abondance énorme de la suppuration, la persistance de la fièvre et l'insuffisance que la gêne de la déglutition amenait dans la réparation alimentaire, par l'altération secondaire du pus excrété et la résorption de toxines venant s'ajouter à celles dont la formation autochtone a été selon toute vraisemblance la cause prochaine des accidents et aussi sans doute, par le trouble généralisé et persistant des fonctions de la peau : c'est ainsi que cette maladie, après avoir, pendant de longues années, conservé des allures bénignes, a pris soudainement un caractère grave et abouti à une terminaison fatale.

Scrofulo-tuberculose cutanée à manifestations multiples.

Par M. H. FEULARD.

Ce petit malade s'est présenté hier pour la première fois à la polyclinique dermatologique du service de M. le professeur Grancher, je n'ai pas encore eu le temps d'en faire une étude complète mais j'ai cru intéressant de vous le montrer de suite comme type vraiment extraordinaire de scrofulo-tuberculose cutanée.

Il est âgé de 12 ans et demi, né en Indre-et-Loire, et n'est venu à Paris que depuis peu de temps; un frère aîné âgé de 14 se porte bien, il a encore un jeune frère de 6 ans et une sœur de 3 ans également bien portants; trois autres enfants sont morts l'une de troubles digestifs, deux de croup dans le même mois.

Le père et la mère sont en bonne santé.

Il a été nourri par sa mère et était bien portant pendant les trois premières années; à l'âge de 3 ans il a eu la rougeole et c'est dans le courant de la même année qu'apparurent au cou les premiers abcès; les lésions envahirent ensuite la face, puis les autres régions du corps; aucun traitement sérieux n'est intervenu.

Actuellement tout autour du cou existent de nombreuses gommès la plupart ramollies; quelques-unes déjà ouvertes; de multiples cicatrices anciennes, des adénopathies.

La joue gauche tout entière est le siège d'une énorme cicatrice bordée à sa partie supérieure de l'œil par une bande de lésions pré-tuberculo-ulcéro-croûteuses.

Les deux bras sont le siège de lésions nombreuses.

A droite: dans le creux de l'aisselle, cicatrices dont quelques-unes sont restées fistuleuses et adhérentes profondément, adénopathie; sur le bras au milieu de la face interne et sur la face postérieure larges cicatrices gaufrées; à l'avant-bras, à la partie moyenne du bord externe, masse dure de la grosseur d'un petit œuf, adhérente profondément et ouverte à la peau par deux orifices fistuleux, grosse gomme probablement en rapport avec une lésion du radius.

A gauche: cicatrices déprimées dans le creux axillaire; à la région supéro-interne du bras, gommès dermiques ramollies; sur l'avant-bras, cicatrice déprimée d'un ancien abcès osseux, sur le milieu du bord externe gommès dermiques en activité. Le membre inférieur droit est intact.

Le gauche est malade presque du haut en bas: à la région supéro-antérieure de la cuisse près de l'aîne plusieurs gros foyers gommeux, les uns ramollis, deux déjà ulcérés — à la face postérieure au dessous du pli fessier grande cicatrice, le creux poplité est entièrement

occupé par une cicatrice; toute la face postérieure de la jambe est occupée par une vaste cicatrice bordée de placards saillants fongueux et recouverts de croûtes, analogues à ceux de la tuberculose cutanée végétante.

Sur le thorax aucun élément gommeux, mais disséminées sur les flancs surtout à gauche, nombreuses petites papules, rappelant celles du lichen scrofulosorum mais n'ayant pas le groupement régulier que l'on a habituellement dans cette variété; ce sont très probablement de petites folliculites tuberculeuses dont la présence donne à ce cas un intérêt marquant; car cette variété d'éruption tuberculeuse est assez rare. Il est intéressant de la trouver ici coexistant avec des formes banales classiques de la scrofulo-tuberculose cutanée.

M. Du CASTEL. — J'ai vu, moi aussi, un cas de scrofulo-tuberculose cutanée consécutive à une rougeole.

Scrofulo-tuberculose cutanée consécutive à la varicelle.

Par M. H. FEULARD.

Chez le premier malade que je viens de montrer, les lésions cutanées paraissent avoir succédé à une rougeole; chez cette fillette elles ont été certainement consécutives à la varicelle. Cette fillette de 6 ans est actuellement guérie des accidents tuberculeux pour lesquels elle me fut amenée il y a cinq mois et qui étaient en divers endroits des membres des gommes scrofulo-tuberculeuses typiques, la plupart d'ailleurs peu profondes. L'intérêt du cas me paraît résider dans l'étiologie.

En février 1889, cette fillette et sa jeune sœur âgée de 11 mois furent atteintes de varicelle. Les deux enfants guérirent facilement; mais au mois de juillet suivant la plus petite fut atteinte d'accidents pulmonaires et méningés auxquels elle succomba; au même moment apparaissaient sur l'aînée les premiers accidents cutanés.

Le père de ces enfants est tuberculeux, avait de la laryngite et expectorait abondamment; il a dû dans le courant de l'année faire deux séjours à l'hôpital Necker pour ses troubles pulmonaires; mais au moment de la varicelle des enfants il habitait le logis commun.

Je ne doute pas que les deux enfants aient été contaminées de cette façon à ce moment ou leur peau, siège d'une éruption de varicelle, présentait de nombreuses portes d'entrée au bacille.

Chez la plus jeune, moins résistante, l'infection a été viscérale et a causé rapidement la mort; chez la plus grande elle n'a été jusqu'à

présent que cutanée et restera telle, je l'espère. Chose curieuse à noter c'est au même moment, quatre mois après l'infection probable que les accidents aussi bien viscéraux que cutanés ont éclaté chez les deux fillettes.

Ulcération chancreuse chez un ancien syphilitique.

Par M. DU CASTEL.

Le malade que je vous présente eut, en 1890, un chancre syphilitique soigné par le professeur Fournier, et suivi de plaques muqueuses.

Au mois de décembre dernier, un gonflement diffus considérable du prépuce se produisit ; il y a trois semaines, deux petits boutons se développaient sur la face inférieure du prépuce, qui donnèrent un, léger suintement et se couvrirent de croûtelles.

Trois jours avant l'entrée du malade, un petit bouton se montrait à l'extrémité du gland, qui s'ulcéra rapidement.

A l'entrée du malade à l'hôpital, il y avait de chaque côté de l'insertion du frein sur le prépuce deux petites croûtelles arrondies, minces, jaunâtres, qui se détachèrent facilement ; au-dessous d'elles l'épiderme était rétabli, il n'y avait pas d'ulcération. Dans l'épaisseur du derme, on sent par le palper deux masses indurées, cartilagineuses, de forme nettement arrondie, rappelant l'induration du chancre syphilitique.

A la partie inférieure du méat, sur le côté droit, existe une ulcération un peu allongée, sans profondeur, recouverte d'un enduit diphtéroïde. Le pourtour du revêtement diphtéroïde, à la limite de l'ulcération, est bordé par un petit liseré rougeâtre qui rappelle le chancre en cocarde. Du canal s'écoule un liquide visqueux, gommeux, peu abondant, auquel un peu de sang se mêle par moments ; cet écoulement présente, par conséquent, tous les caractères de l'écoulement syphilitique. L'ulcération repose sur une base indurée, chancroïde, qui se prolonge sur une assez grande étendue du canal.

En présence d'une pareille ulcération, une question se pose ; sommes-nous en face d'une syphilide ayant pris des caractères particuliers ou d'une ulcération provoquée par une nouvelle infection syphilitique ? Malgré l'apparence de l'ulcération, je crois que, jusqu'à nouvel ordre, il faut admettre la syphilide tardive ayant pris les aspects du chancre initial et non d'un véritable chancre syphilitique. Je ne saurais admettre la réinfection, parce que je la considère comme au moins très exceptionnelle : je crois donc qu'avant de l'admettre, il faut attendre l'apparition d'accidents secondaires, et je serais bien surpris

si je voyais ceux-ci se produire. Il aurait été intéressant de savoir si notre malade avait été dans ces derniers temps exposé à une infection syphilitique ; la vie errante qu'il mène ne nous a pas permis de faire cette recherche. Mon diagnostic reste jusqu'à nouvel ordre, syphilide chancriforme.

M. A. FOURNIER. — Ce diagnostic me semble inattaquable. D'ailleurs, que, pour plus de sûreté, M. Du Castel n'institue pas de traitement, et dans le délai d'un mois nous serons absolument fixés.

M. E. BESNIER. — On pourrait confirmer aussi le diagnostic en instituant un traitement ioduré intensif : très actif s'il s'agit d'un accident tertiaire ; il n'aurait aucune action sur le chancre. D'ailleurs, je ne crois guère à la réinfection syphilitique, M. Fournier ne me contredira pas si j'affirme que tous les deux nous en cherchons vainement depuis plus de vingt ans un cas inattaquable.

M. JULLIEN. — Le cas présenté par notre collègue ne me semble pas un de ceux en face desquels le problème de la réinfection se pose avec le plus d'ambiguïté.

A la vue de cet ulcère torpide, exempt d'adénopathie nous sommes immédiatement conduits à diagnostiquer cet accident que, depuis de longues années, M. Fournier nous a fait connaître sous le nom de *pseudo-chancres indurés des sujets syphilitiques*, qu'il a le premier décrit et analysé dans tous ses caractères et toutes ses circonstances. Je ne pense donc pas qu'il soit nécessaire d'attendre l'évolution de la lésion pour écarter l'idée d'une réinfection.

A l'inverse du cas de M. Du Castel, où la première syphilis étant très claire, la seconde est discutée, j'observe actuellement à Saint-Lazare, dans mon service, une jeune femme chez laquelle la seconde atteinte se présente avec des caractères d'une parfaite évidence, tandis que la première fait surgir des doutes dans mon esprit. C'est moi qui ai vu la malade jadis, il y a quatre ans, et aujourd'hui. Aujourd'hui elle porte deux chancres primitifs, un au méat, l'autre au col utérin, et son corps est couvert d'une syphilide floride extrêmement confluyente ; de ce côté aucun doute. Mais sur la feuille recueillie lors de son premier séjour, je ne vois noté que deux plaques muqueuses, une sur le pénis et l'autre sur la muqueuse buccale. J'ai prescrit en ce temps le traitement mercuriel, et ma première impression certes, m'a porté à croire que je me trouvais en face d'une vérole doublée ; cependant, en y réfléchissant, je suis arrivé à douter de mon premier jugement, tout au moins à penser que l'indication sommaire de ces lésions vite disparues, n'était pas de nature à entraîner une conviction formelle, et malgré cette condition idéale des deux véroles examinées dans un même hôpital par le même chef de service, je n'oserais jamais porter mon observation à l'actif de la réinfection. Si nous exigeons la rigueur des autres, il faut savoir nous l'imposer, et je pense que beaucoup de cas de réinfection disparaîtraient de la statistique, si on les soumettait à une sévère révision.

M. FOURNIER. — En effet, je n'en ai pas vu un seul cas. Et je n'hésite pas à

dire, tant j'ai peu de tendance à admettre la réinfection syphilitique que je croirais plus volontiers à une erreur de diagnostic, relativement à la première infection.

M. BAUDOUIN. — Je me rappelle avoir présenté à M. Fournier comme un chancre syphilitique un malade de la ville chez qui, quatre ou cinq années auparavant, un médecin des hôpitaux avait fait le même diagnostic.

M. BARTHÉLEMY. — Je crois aussi que pour penser à une seconde infection syphilitique, il ne faut pas le faire d'après les seuls symptômes d'une lésion si chancroforme soit-elle. Certes cette lésion donne bien des apparences d'un chancre syphilitique du méat, mais il ne faut pas se prononcer avant que soit écoulée la période où doivent apparaître les accidents secondaires même tardifs. En attendant, d'après le précepte si juste et si souvent renseigné de Fournier, il ne faut pas faire usage de mercure.

Ulcération tuberculeuse de la face palmaire du médius.

Par M. DU CASTEL

Le malade que je vous présente est atteint de tuberculose pulmonaire depuis six ans et arrivé à la période cachectique ; il est atteint d'une ulcération tuberculeuse de l'anus des plus nettes. Si je vous le présente, c'est pour vous montrer une ulcération qui existe à l'insertion du médius gauche, au niveau du pli qui existe à l'union de sa face palmaire et de la paume de la main. Cette ulcération a débuté il y a un an ; elle est circulaire, a environ un centimètre et demi de diamètre ; les bords en sont taillés à pic ; le fond en est granuleux, présente un mélange de petites granulations miliaires et de taches jaunâtres. Au niveau des bords, on relève un certain nombre de ces petites encoches que nous sommes habitués à relever dans les ulcérations tuberculeuses. Nous sommes donc en présence d'une ulcération présentant tous les caractères des ulcérations tuberculeuses et tirant un intérêt spécial de sa localisation exceptionnelle. Celle-ci trouve sa raison dans la profession du malade, qui est sellier ; dans son métier, il est d'usage de faire glisser le fil sur le niveau où existe l'ulcération actuelle ; fréquemment de petites érosions se produisent à ce niveau à la suite de cette pratique : il est probable que notre malade aura infecté une érosion de ce genre.

Zona ophtalmique ayant simulé pendant quelques jours un érysipèle léger.

Par M. DANLOS.

(Observation recueillie par M. DELOUX, interne du service.)

E. C..., 31 ans, manœuvre.

Antécédents héréditaires. — Mère morte d'une tumeur à 70 ans. Père mort asthmatique.

Antécédents personnels. — Jamais malade avant 1886, époque à laquelle le malade contracte, au régiment, une pleurésie droite. On ne lui fait pas de ponctions; application seulement de pointes de feu au niveau du point malade. Il est marié, mais n'a pas d'enfant.

Histoire. — Malade depuis le 25 février; au début, il remarque simplement une adénite rétro-auriculaire très légère siégeant du côté droit. Il n'a pas d'excoriations de l'oreille ou du cuir chevelu pouvant expliquer une infection provoquant cette adénite. Il éprouve en même temps une céphalée sourde, occupant le côté droit seulement. Pas de douleurs vives, pas de sensations de brûlure à ce niveau. Pas de frisson, pas de fièvre, ni de courbature.

L'affection débute par une rougeur ayant envahi la moitié externe du sourcil droit; rougeur qui ne tarde pas à s'étendre assez rapidement à la moitié droite de la région frontale. Elle est accompagnée d'un œdème de la paupière droite. Devant ces symptômes, le malade se présente le 26 à l'hôpital, mais il ne peut entrer étant arrivé en retard à la consultation.

Il revient le 27; mais, dans la journée du 26, il est allé consulter un pharmacien qui lui a prescrit l'application, au niveau de la zone malade, d'une pommade à l'oxyde de zinc. Il entre le 27, salle Hillairet, lit n° 27.

Examen. — Le 28 au matin, le malade présente au niveau de la région frontale droite, sans que la ligne médiane soit dépassée, et envahissant aussi la tempe, la partie supérieure de la joue et la paupière du même côté, un œdème rougeâtre présentant surtout au niveau de la partie supérieure de la queue du sourcil droit quelques points plus foncés, de coloration violacée comme hémorrhagique. L'œdème remonte jusqu'au cuir chevelu qui est atteint à peu près dans son tiers antérieur. Mais il n'existe pas de bourrelet périphérique net, la douleur à la pression est nulle au niveau du cuir chevelu œdématié.

La région frontale droite, depuis l'angle interne de l'œil jusqu'à la queue du sourcil environ, est recouverte de vésicules excessivement abondantes, de formes très variables, les unes arrondies, les autres allongées, ne présentant aucun groupement caractéristique. Comme l'œdème sous-jacent, elles ne dépassent pas la ligne médiane; et elles remontent aussi jusqu'au cuir chevelu. A leur niveau, la sensibilité est très diminuée une épingle fortement enfoncée détermine à peine de la douleur.

La fièvre est nulle (36°,7). Le pouls est à 78. L'adénite rétro-auriculaire a presque disparu; pas de frisson au début de l'éruption, pas de céphalée.

La langue n'est pas saburrale; elle présente seulement sur sa moitié droite un peu de sensibilité et un petit piqueté rougeâtre correspondant aux papilles fongiformes qui semblent plus saillantes de ce côté.

En présence de ces symptômes, le diagnostic hésite entre un zona ophtalmique et un érysipèle, mais l'anesthésie au niveau de la région malade, l'apparence hémorragique en certaines places, et l'absence de phénomènes généraux accompagnant l'unité de la lésion, font pencher vers le premier diagnostic.

On prescrit simplement une application de poudre d'amidon.

Le 29 au matin, la rougeur et l'œdème ont dépassé très légèrement la ligne médiane au front, mais on constate de la rougeur et de l'œdème de la paupière inférieure gauche; le nez ne semble pas atteint; enfin, du côté droit, l'œdème et la rougeur ont envahi la joue droite et la région parotidienne. Bien qu'il n'y ait pas de bourrelet net, en raison d'une élévation de température (38°) le 28 au soir, et surtout à cause de l'envahissement du côté gauche, le diagnostic d'érysipèle paraît plus probable. Les vésicules ont conservé le même aspect, il ne s'en est pas développé de nouvelles; la langue présente le même aspect, mais rien au pharynx, pas même de rougeur. On prescrit simplement des applications d'eau de sureau.

1^{er} mars. Même aspect que le jour précédent; l'œdème des paupières à droite cache entièrement l'œil, mais quand on recouvre la supérieure, la conjonctive et surtout la cornée se montrent absolument saines. Pas d'élévation de température, 37°,2.

Le 2. L'œdème et la rougeur de la paupière inférieure gauche ont disparu; celui de la joue droite a beaucoup diminué. La paupière à droite est entrouverte. La plaque rouge du front prend une teinte bleutée plus accentuée. Anesthésie complète à ce niveau; le diagnostic zona ophtalmique est confirmé.

Dans les jours qui suivent, les vésicules se dessèchent, quelques-unes s'ulcèrent et déterminent des cicatrices déprimées à leur niveau; l'anesthésie persiste complète et s'étend jusqu'au cuir chevelu envahi dans son tiers antérieur. L'œil droit n'a pas été atteint; le territoire du nerf nasolabaire a toujours été respecté.

Il ressort de cette observation que pendant plusieurs jours le diagnostic a présenté une assez grande difficulté. On pouvait invoquer en faveur de l'érysipèle, l'adénopathie initiale, l'irrégularité de forme et de distribution des vésicules, et surtout l'étendue du gonflement qui avait envahi le côté gauche de la face. La stricte limitation des vésicules par la ligne médiane, leur existence sur toute la zone érythémateuse, la base bleuâtre de quelques-unes d'entre elles, et enfin l'anesthésie si nette jointe à la légère détermination sur la moitié droite de la langue nous faisaient pencher vers le diagnostic zona; mais la difficulté n'a été tranchée d'une manière absolument certaine que par l'évolution. Il est remarquable que ce zona a déterminé fort peu de douleurs, les quelques symptômes généraux dont il s'est accom-

pagné (Pouls à 78. — Temp. 38°, etc.) ne fournissaient aucune indication différentielle.

M. BARTHÉLEMY. — Parmi les symptômes énumérés par M. Danlos en faveur d'un érysipèle, je ne retiens pour l'instant que l'adénopathie du début. Qu'il me soit permis de rappeler qu'il y a quelques années, dans cette Société même, j'ai insisté sur la fréquence, avant même le début de l'éruption zostérienne, qu'il y ait fièvre ou non, d'une ou plusieurs adénopathies aiguës, non seulement dans les régions correspondantes, mais même d'adénopathies métatypiques, par exemple dans la région sus-claviculaire pour un zona intercostal. Je me suis même appuyé sur ce signe pour penser dans le zona à une infection primitivement générale dont la manifestation objective se ferait ultérieurement et par élection le long des trajets nerveux, occasionnant une névrite toujours secondaire. Quoi qu'il en soit l'adénopathie aiguë, est un signe du zona, au moins autant que de l'érysipèle ; ce cas le confirme.

Syphilis mutilante d'origine infantile.

Par M. DANLOS.

(Observation recueillie par M. DELOUX, interne du service.)

S. J..., 15 ans, entré le 20 février 1896, salle Hillairet, lit n° 22.

Antécédents héréditaires. — La mère contracte la syphilis en allaitant un nourrisson. Elle infecte secondairement son fils, le malade actuel, âgé à cette époque d'un an, et qu'elle nourrissait en même temps, puis elle donne aussi la syphilis à son mari. Le père et la mère ont tous deux été traités par des pilules de proto-iodure. Ils ont eu, depuis l'époque où ils ont été infectés, deux enfants bien portants dont l'un a actuellement six ans, et l'autre quatre.

Les renseignements que donne le père sont très difficiles à obtenir, son intelligence étant plus que bornée.

Antécédents personnels. — Le début de l'affection remonte donc à l'âge d'un an ; l'enfant paraît avoir eu un chancre de la cloison. Il présente au niveau du cou des cicatrices sur l'évolution desquelles il est impossible de tirer du père le moindre renseignement. Ce que l'on peut arriver à savoir c'est que la syphilis a été méconnue chez lui ; il n'aurait été soigné qu'avec de l'huile de foie de morue.

Il y a deux ans environ que le nez se serait effondré par destruction du squelette et depuis cette époque les accidents n'ont pas cessé d'évoluer.

État actuel. — L'enfant est physiquement très mal développé ; il est brachycéphale, l'intelligence est nulle ; les organes génitaux sont ceux d'un enfant de 6 à 8 ans, les testicules ont le volume d'un gros pois. Absence complète de poils sous les aisselles et au pubis. La peau est ichtyosique, surtout aux jambes et aux bras, elle paraît amincie, comme atrophiee.

Déformation rachitique partielle (à gauche) du thorax. La jambe gauche présente une périostose au niveau du tiers moyen du péroné; le condyle interne du fémur et l'épicondyle de l'humérus du même côté sont atteints de même lésion. Périostose identique de l'extrémité inférieure du radius à droite, le cubitus ne paraît pas atteint.

Ventre ballonné; les organes internes paraissent normaux.

Tête. — Séborrhée sèche du cuir chevelu; cheveux clairsemés.

Cicatrices anciennes au niveau de l'insertion du sterno-cléido-mastoïdien droit.

Face. — Ulcérations ayant envahi tout le pourtour de l'orbite à droite ainsi que la joue; quand le malade s'est présenté à la consultation elle était recouverte de croûtes verdâtres très épaisses. Destruction complète des paupières droites. L'œil de ce côté, sur lequel la cornée ne se distinguait pas de la sclérotique, se présentait sous la forme d'un globe charnu reconnaissable à sa forme et à ses mouvements. La cornée était remplacée par une croûte conique épaisse de plusieurs millimètres ayant l'aspect d'une corne. Lésions ulcéreuses derrière l'oreille droite.

Ulcérations identiques siégeant à la paupière inférieure de l'autre côté, étendues jusqu'à la région temporale. L'œil gauche est conservé.

Lèvre supérieure épaissie, proéminente.

Nez écrasé, effondrement du squelette.

Pharynx. — Cicatrices sur tout le pharynx, destruction presque complète des piliers.

L'arcade dentaire supérieure est atrophiée, trop étroite pour loger les dents qui de ce fait sont mal rangées mais intactes et sans aucune des altérations qu'on observe dans la syphilis héréditaire.

La mâchoire inférieure paraît intacte; les dents y sont bien rangées et en bon état.

Traitement. — Frictions mercurielles et iodure de potassium à doses croissantes. Pansement boriqué humide sur la figure, dont les plaies exhalent une odeur fétide.

Lavages de la bouche avec une solution de chlorate de potasse.

Aujourd'hui 12 mars, après trois semaines de traitement, une transformation remarquable s'est produite; les plaies se sont réduites dans une grande proportion et sur bien des points la cicatrisation est faite ou imminente. L'œil droit s'est presque reconstitué. On distingue maintenant la sclérotique de la cornée et celle-ci offre une translucidité qui permet au malade de compter les doigts qu'on lui montre. Bien entendu, la restauration restera toujours très incomplète et plus tard la chirurgie devra intervenir pour réparer les pertes de substance.

A propos de ce cas on peut se poser les deux questions suivantes: Pourquoi la syphilis a-t-elle revêtu un caractère de malignité? Pourquoi a-t-elle attendu douze ans pour le prendre? A la première question on peut simplement répondre que la malignité est ici affaire de terrain et non de graine, puisque chez les parents infectés à la même source la vérole a été légère. Il est impossible d'aller au delà, car dire que la malignité s'explique par l'infantilisme et l'état cachec-

tique du sujet, c'est faire une pure hypothèse. L'arrêt de développement peut être aussi bien l'effet que la cause de la malignité. Chacun sait que l'infantilisme est une des conséquences fréquentes de la syphilis héréditaire ; une vérole acquise au berceau peut vraisemblablement exercer la même influence et plusieurs exemples en ont déjà été publiés.

Pour expliquer l'apparition tardive de la malignité on pourrait dire que la douzième année marque souvent l'éclosion de la puberté et que cette période, comme le printemps pour les plantes, favorise la germination de toutes les aptitudes morbides. Mais comparaison n'est pas toujours raison ; et en fait la puberté est ici sans influence aucune, puisque malgré ses quinze ans notre malade reste absolument impubère. En résumé, aucune des deux questions que nous nous sommes posées ne paraît susceptible d'une réponse satisfaisante.

M. HALLOPEAU. — J'ai montré à la Société un cas analogue où les deux paupières inférieures en ectropion étaient attirées jusqu'aux ailes du nez. Ce cas fut très amélioré par une restauration autoplastique pratiquée par M. Berger.

M. E. BESNIER. — Ce cas est un type de la forme de syphilis que j'ai désignée sous le nom de syphilis *mutilante*, laquelle comprend deux variétés, l'une cédant au traitement spécifique, et l'autre plus ou moins rebelle ; cette dernière doit être désignée sous le nom de syphilis *mutilante maligne*.

M. FOURNIER. — Je tiens à faire remarquer l'influence dystrophique de cette syphilis acquise : elle a réalisé l'infantilisme analogue à celui de l'héréditaire.

Sur un nouveau cas de pemphigus foliacé consécutif à une dermatite herpétiforme.

Par H. HALLOPEAU et ANDRÉ JOUSSOT.

L'un de nous a communiqué avec M. H. Fournier, en 1893, à la Société de dermatologie, l'histoire d'une malade chez laquelle il s'est développé, à la suite d'une dermatite herpétiforme, un pemphigus foliacé qui s'est terminé par la mort ; nous avons conclu de ce fait, et d'autres semblables, que ces deux maladies reconnaissent une cause prochaine semblable ou très voisine et que, si leurs caractères objectifs varient, c'est en raison du mode variable de réaction des sujets et aussi suivant l'intensité et la qualité de la cause prochaine qui les produit : nous ajouterons que cette cause prochaine est, selon toute vraisemblance, la production de toxines et que l'on peut invoquer la

possibilité de modifications, chez le même sujet, dans la composition élémentaire de ces toxines, modifications qui entraîneraient un changement dans leur mode d'action et contribueraient à expliquer la transformation de la dermatite herpétiforme en pemphigus foliacé; telle est l'interprétation qui nous paraît la plus vraisemblable du nouveau fait que nous avons l'honneur de communiquer à la Société.

Laurent B..., comptable, originaire de Wissembourg, âgé de 57 ans, s'est bien porté dans son enfance; on ne relève aucune tare pathologique dans sa famille, ascendants ou collatéraux.

A 22 ans, il est traité pour un chancre phagédénique de nature indéterminée; bien que n'ayant jamais présenté d'accidents syphilitiques secondaires, il a été plusieurs fois, et, à tout hasard, soumis au traitement spécifique à l'occasion des différentes manifestations cutanées que nous allons relater.

De 26 à 28 ans, il est soigné à Lyon par Ollier pour une affection de la plante du pied droit amenant la production de callosités et d'ulcérations extrêmement douloureuses; elle rétrocede après un traitement arsenical prolongé.

Peu après, se montre, probablement sous l'influence de varices latentes, l'ulcération anfractueuse qui existe encore actuellement à la partie inférieure de la jambe droite.

De 22 à 37 ans, surviennent plusieurs poussées d'éléments, d'abord papuleux, puis croûteux, de 2 à 3 centim. de diamètre, qui envahissent la région lombaire, les hanches ou d'autres régions du tronc. B... a présenté de même des rougeurs plus petites, confluentes, sur le nez, les lèvres, les joues, à évolution crustacée, jamais douloureuses, même pas prurigineuses.

Le malade se porte bien pendant une vingtaine d'années (à part son ulcération du membre inférieur) lorsqu'au mois d'août 1895 débute la maladie actuelle, progressivement, sans rémission périodique, par un processus lent, continu et envahissant.

Tout d'abord apparaissent, aux avant-bras et sur la face palmaire du poignet droit, quelques papules rouges disséminées, presque circulaires, de la taille d'une lentille environ qui provoquent un *prurit insupportable*. Bien que le médecin traitant les ait baptisées du nom d'herpès, il ne semble pas que ces rougeurs aient primitivement revêtu l'aspect vésiculeux.

Bientôt, l'avant-bras gauche est envahi symétriquement par des productions analogues, mais un peu plus petites (3 à 4 millim. à peu près), toujours bien circulaires.

Puis, successivement, se montrent aux bras et aux membres inférieurs, des rougeurs papuleuses avec éléments erratiques sur le tronc, aux épaules suivant la ligne de frottement des bretelles, qui de disséminées deviennent confluentes. Leur nature en même temps se modifie : des bulles et des croûtes suintantes humides succèdent aux éléments simplement érythémateux, une aréole rouge circonscrivant seulement chacune des croûtes ou croûtelles.

Au mois de décembre, c'est-à-dire quatre mois environ après le début de cette poussée, l'envahissement du tégument est complet; l'état général jusqu'alors assez satisfaisant, peu modifié, devient grave : torpeur, somnolence, délire, œdème des membres inférieurs, urines rares, chargées (16 gr. d'urée par jour), amaigrissement extrême.

Après une période d'amélioration générale et locale d'un mois et demi, le malade entre au pavillon Gabrielle (milieu de février) où l'on constate les faits suivants :

La totalité du tégument est recouverte d'une sorte de carapace, composée de grandes squames blanc jaunâtre, molles et humides, à bords plus ou moins soulevés, irrégulières, mesurant de 3 à 5 centim. de longueur et même davantage; aucune région n'en est indemne.

En certains points, elles semblent plus épaisses et comme imbriquées et croûteuses, notamment à la région abdominale.

Lorsqu'on soulève ces squames par leur bord, on constate qu'elles se détachent aisément. L'arrachement peu douloureux met à découvert une surface cutanée, humide, lisse, rougeâtre qui, dès le lendemain, se recouvre de néoformations épidermiques.

Souvent les lambeaux squameux se superposent, s'agglomèrent en masses épaisses, en véritables croûtes qui finissent par tomber spontanément en huit ou dix jours. A la partie externe des bras, il s'est fait plusieurs fois des stratifications atteignant jusqu'à un demi-centim. d'épaisseur.

Comme la peau mise à nu, les squames sont humides à leur face profonde; le suintement est ordinairement séreux, parfois puriforme. On distingue de place en place quelques poils arrachés.

Aux pieds, aux mains, la desquamation se fait par lambeaux plus larges, dans les régions plantaires et palmaires surtout.

Le cuir chevelu est au contraire fendillé avec de petites lames sèches grenues, toujours blanchâtres, mais ternes. L'exfoliation y est en somme moins abondante.

A la face, où les paupières elles-mêmes sont envahies, les squames sont particulièrement fines; les cils sont rares; il y a de la blépharite glandulociliaire avec un peu d'ectropion, surtout à gauche.

Depuis son entrée au pavillon, le malade est soumis au traitement arsenical et aux applications locales de pommade salicylée à 1/50.

Depuis le 2 mars, les productions épidermiques sont moins abondantes, moins adhérentes; à la face interne des cuisses, aux fesses se marquent de grands espaces de peau simplement érythémateuse avec des flots polycycliques de squames humides en leur centre, desséchées et un peu soulevées sur leur périphérie qui témoignent nettement de leur origine bulleuse.

Le 7 mars, on peut voir une bulle affaissée à la face dorsale du pied gauche; elle est disparue le lendemain.

Il y a des adénopathies inguinales et axillaires assez prononcées.

L'état général est relativement satisfaisant; l'affection n'est presque plus prurigineuse; les urines ne sont ni albumineuses, ni sucrées, mais toujours pauvres en urée : elles n'en contiennent que 7 grammes par 24 litres.

Ce malade a bien présenté successivement les symptômes de la

dermatite herpétiforme de Duhring et ceux du pemphigus foliacé : les poussées, d'abord érythémateuses, puis bulleuses, disséminées sur toute la surface du corps, distribuées en groupes irréguliers et accompagnées d'un prurit intense ont suffisamment caractérisé la première de ces maladies ; la seconde se manifeste actuellement par l'érythrodermie généralisée avec exfoliation incessante et sécrétion sous les squames d'un liquide séreux ou séro-purulent.

La seule particularité qui distingue cette dermatose de la plupart de celles dont l'histoire a été publiée sous le nom de pemphigus foliacé, c'est le volume considérable qu'atteignent, par places, les productions squameuses ; ce n'est pas là un caractère suffisant pour l'en différencier ; il demeure donc acquis qu'une dermatose offrant tous les caractères d'un pemphigus foliacé peut succéder à une dermatite herpétiforme de Duhring comme elle succède d'autres fois à un pemphigus vulgaire. Ces faits ne font que confirmer la manière de voir exprimée plusieurs fois par l'un de nous relativement aux connexions étroites qui existent entre ces dermatoses : différences dans le mode de réaction des sujets, différences dans la quantité, l'activité et la composition élémentaire des toxines, telles sont, selon toute vraisemblance, les causes prochaines qui suffisent à expliquer les différences dans leur symptomatologie. Nous ferons remarquer en terminant que la bénignité relative attribuée au pemphigus foliacé est bien précaire : sans doute cette maladie peut être compatible avec une survie de plusieurs années, mais, le plus souvent, elle entraîne une altération progressive dans la nutrition générale et elle se termine constamment d'une manière fatale ; il faut noter à ce point de vue des périodes remarquables d'amélioration et d'aggravation : dans l'observation que nous avons rapportée avec M. H. Fournier, il s'est produit une rémission qui a duré plusieurs mois et pendant laquelle l'éruption a cessé d'être suintante pour consister exclusivement en une exfoliation épidermique ; elle a coïncidé avec un retour partiel des forces ; de même le malade que nous venons de présenter, après avoir été atteint des accidents généraux les plus graves, semble entrer dans une période d'accalmie.

Nous résumerons ainsi qu'il suit les conclusions de ce travail :

1° *Le pemphigus foliacé peut se développer consécutivement à la dermatite herpétiforme de Duhring dont il est alors une transformation ;*

2° *Cette transformation peut être attribuée, soit à un mode de changement dans le mode de réaction du sujet, soit à une modification dans la quantité ou la qualité des toxines pathogénétiques.*

3° *Le pemphigus foliacé peut présenter, dans son évolution, des alternatives notables d'aggravation et de rémission.*

M. E. BESNIER. — Mon opinion personnelle sur ce cas ne concorde pas avec celle de M. Hallopeau, car je n'admets par la *transmutation* des espèces nosologiques. Je comprendrais que l'on contestât la légitimité de l'entité « pemphigus foliacé », mais je repousse absolument la « *transformation* » de la « maladie de Duhring en pemphigus foliacé ». De deux choses l'une, ou il s'agit d'une maladie de Duhring à forme foliacée, ou il n'y a jamais eu de « maladie de Duhring », mais un pemphigus foliacé initialement pris pour une maladie de Duhring.

M. HALLOPEAU. — Nul plus que moi n'apprécie l'importance du service qu'a rendu M. Beshier à la dermatologie en s'efforçant de distinguer, dans la chaos légué par les prédécesseurs, des types morbides formant espèces et, d'une manière générale, je n'admets pas, pour ma part, les faits de passage. Je ne crois pas par exemple, à l'existence d'hybrides participant à la fois de la tuberculose, de la syphilis ou de la lèpre; mais je pense que les grandes dermatoses bulleuses, en raison sans doute des modifications que peuvent subir facilement les agents pathogénétiques qui en sont, selon toute vraisemblance, les causes prochaines, nous voulons parler des toxines, doivent faire exception à la règle. Aussi, je me trouve contraint de maintenir intégralement les conclusions que nous avons formulées. Je ne puis douter que notre première malade, observée avec M. H. Fournier, n'ait été bien réellement atteinte successivement d'une dermatose herpétiforme et d'un pemphigus foliacé; en effet, le diagnostic de dermatose herpétiforme a été fait primitivement chez cette femme, non par nous mais par notre regretté président Vidal et par M. Brocq, et celui de pemphigus foliacé n'a été contesté par personne lorsque nous avons présenté la malade à la Société; il ressort d'ailleurs en toute évidence de la lecture de l'observation. Il en est de même pour le malade que nous venons de présenter: le polymorphisme de l'éruption et le prurit intense qu'elle a provoqué dans sa première phase n'appartiennent pas au pemphigus foliacé, mais bien à la dermatite de Duhring. N'a-t-on pas toujours admis que le pemphigus foliacé pouvait se développer consécutivement à un pemphigus vulgaire? Or, il n'est guère contestable que la grande majorité des cas auxquels on appliquait autrefois cette étiquette ne rentrent actuellement dans le cadre de la dermatite de Duhring: nous sommes donc en réalité d'accord avec les classiques.

M. TENNESON. — C'est la négation des progrès accomplis sur la question pemphigus et le retour à l'ancienne anarchie que nous propose M. Hallopeau.

M. HALLOPEAU. — Je ne suis pas révolutionnaire à ce point: j'admire les beaux travaux qui ont permis de distinguer de nouveaux types cliniques nettement différenciés d'éruption bulleuse, mais, je le répète, je vois dans ces diverses dermatoses des degrés différents d'intoxications très voisines.

M. TENNESON. — Le rôle des toxines est fort hypothétique, l'évolution clinique est un guide plus sûr et s'oppose à ce qu'on envisage le pemphigus foliacé comme un aboutissant commun de toutes les dermatoses bulleuses.

M. BARTHÉLEMY. — Réserve faite bien entendu pour la distinction formelle à maintenir entre des espèces morbides aussi différentes que la maladie de Duhring et le pemphigus vrai devenant à la longue foliacé, je crois devoir appuyer d'une manière générale, les tendances théoriques indiquées par M. Hallopeau. Pour ma part, je crois que si M. Duhring a fait faire un progrès clinique réel en distinguant si nettement l'intensité morbide qui porte son nom et dont bien nombre de cas étaient désignés auparavant sous le nom d'érythème polymorphe, bulleux ou non, il faut maintenant voir plus haut et plus loin. Beaucoup d'affections cutanées ne sont ni bulleuses ni pustuleuses qui doivent être rangées sous ladite dénomination alors que d'autres très voisines, telles que certaines dermatites érythémateuses, ortiées ou lychénoïdes ou polymorphes, toujours prurigineuses, souvent aiguës, mais souvent aussi récidivantes et chroniques, ne peuvent rentrer dans cette catégorie. Or toutes ces dermatoses ne sont que des variétés de *toxidermies* avec ou sans névrose. C'est la toxidermie qui domine toute l'étiologie de ces affections; c'est de ce côté qu'il faut s'orienter et c'est de ce côté qu'est maintenant le progrès. Il faut admettre, étudier et classer, sans les confondre entre elles, les dermites par intoxications comme on le fait pour les dermites par infections ou pour les dermites médicamenteuses.

M. HALLOPEAU. — Les arguments en faveur de l'origine toxique de ces dermatoses ont été énumérés dans notre précédente communication. Je n'y reviendrai pas; je rappellerai seulement que les toxines ont été trouvées dans les urines chez deux de mes malades par mes très distingués internes en pharmacie, MM. Tête et Vadam.

Sur un érythème bulleux suraigu du dos des mains.

Par H. HALLOPEAU et ANDRÉ JOUSSET

L'érythème en voie de régression dont on constate l'existence chez M. B..., couché au numéro du pavillon Gabrielle, nous paraît digne d'intérêt en raison de son acuité exceptionnelle, de sa coïncidence avec une poussée érythémateuse des plus bénignes dans la région cervicale et de son développement sur un terrain diabétique; nous résumerons ainsi qu'il suit l'observation de M. B... :

Jules B... est âgé de 57 ans. Sa santé antérieure a été bonne, sous cette réserve qu'il y a trois ans, il s'est aperçu, par hasard, qu'il était diabétique; mais bien qu'il ait uriné jusqu'à 50 gr. de sucre par jour, l'affection semble être bien tolérée; il n'a jamais présenté aucun des petits signes du diabète.

Actuellement, il émet en moyenne 10 gr. de sucre par vingt-quatre heures.

Le 22 février, la femme du malade remarque qu'il porte à la nuque

quatre ou cinq placards rouges, ovalaires, à bords un peu festonnés, saillants, longs de trois à quatre centim. sur deux de largeur et transversalement dirigés. Deux de ces plaques empiètent sur les régions mastoïdiennes droite et gauche; les autres sont médianes, sises à la naissance des cheveux. Elles n'ont jamais été prurigineuses; elles laisseront sourdre deux ou trois jours après une sérosité citrine formant une croûte mince presque furfuracée.

Le 23, surviennent, sur les faces dorsales des mains, sans cause locale occasionnelle, de petites taches saillantes de 4 à 5 millim. de diamètre, à contours irréguliers, disséminées assez symétriquement de chaque côté; elles n'occasionnent ni prurit ni douleur; l'état général est bon. Le malade applique des cataplasmes amidonnés.

Bientôt ces rougeurs grandissent, deviennent confluentes, et, le 25 février, c'est-à-dire en deux jours, se recouvrent de grandes phlyctènes à contenu d'abord roussâtre, puis hémorragique; elles répondent à la fusion de plusieurs taches contiguës.

Le 29. L'épiderme du dos des mains, soulevé, se détache en masse et laisse à nu une surface rouge vif violacé, humide, séro-purulente, nettement limitée en gantelet; elle présente, du côté du poignet, un fin liséré noirâtre de sphacèle. La paume des mains reste indemne.

Du côté des doigts, les lésions occupent seulement les faces dorsales de la première et de la deuxième phalange, sauf au pouce et à l'auriculaire droit, intéressés dans toute leur longueur.

On note encore quelques éléments isolés, bulleux, grands comme des pièces d'un franc, situés, l'un, à l'index droit, près de l'ongle, avec aréole ecchymotique, l'autre, au médius gauche, un peu allongé suivant l'axe du doigt.

En somme, l'aspect est celui d'une brûlure au deuxième degré.

Il existe aux avant-bras un œdème collatéral remontant jusqu'aux coudes; il n'y a pas d'adénopathie axillaire. La région ulcérée, privée d'épiderme, devient assez douloureuse.

Les pieds sont indemnes.

On applique alternativement des pansements humides faiblement antiseptiques et du liniment oléo-calcaire en même temps que le malade est soumis au régime des diabétiques.

7 mars. L'érythème de la nuque pâlit; les plaques sont gaufrées et toujours un peu surélevées.

Aux mains, se remarque une amélioration très notable; l'épiderme de la paume est seulement irrégulièrement macéré par les pansements.

Il reste à la face dorsale de chaque main le liséré de sphacèle noirâtre déjà signalé sur les plis d'extension du poignet.

Quelques flots blancs de régénération épidermique se détachent sur un fond livide.

La sensibilité est émoussée au niveau des parties atteintes.

L'état général est excellent. La quantité de sucre a légèrement diminué.

L'érythème des mains a réellement présenté chez ce malade une acuité exceptionnelle: il occupait, dans toute leur étendue, les faces dorsales des deux mains en empiétant sur les premières phalanges et

s'accompagnait d'un soulèvement en masse de l'épiderme par un liquide séro-purulent : la tuméfaction était énorme ; la disposition de l'éruption était celle d'une paire de mitaines ; la rougeur était d'une remarquable intensité. Les plaques d'érythème apparues concurremment sur la partie postérieure de la région cervicale contrastent avec les précédentes par leur couleur peu prononcée, leurs dimensions peu considérables et l'absence complète de soulèvement bulleux.

S'agit-il d'un érythème diabétique ? nous ne le pensons pas : c'est surtout en effet au voisinage des voies d'excrétion de l'urine que le contact irritant de ce liquide devenu sucré amène de l'érythème ; s'il survient en d'autres régions des phlegmasies cutanées, c'est habituellement sous la forme de furoncles, d'anthrax et non de simples érythèmes ; nous n'avons trouvé mention dans aucun auteur d'érythèmes bulleux survenus dans ces conditions.

Il nous paraît donc très vraisemblable que cet érythème polymorphe s'est développé sous l'influence des mêmes causes qui lui donnent habituellement naissance, c'est-à-dire, selon toute vraisemblance, de toxines : si le diabète a donné à cette éruption sa signature, c'est sous forme du léger liséré sphacélé qui a limité l'éruption du côté des poignets.

On peut se demander pourquoi cette différence si grande d'acuité entre les manifestations de ce pseudo-exanthème du côté du cou et des mains ? pourquoi sous l'influence d'une même cause prochaine des réactions si diverses ? pourquoi aussi ces altérations dans ces parties de la surface tégumentaire et non dans les autres : on conçoit que les diverses parties du tégument offrent des terrains essentiellement différents aux microbes pathogènes qui se développent dans l'organisme et réagissent directement sous leur influence ; mais comment en est-il de même pour les toxines ? le fait est cependant indubitable : il suffit, pour s'en convaincre, de relire l'histoire des éruptions provoquées par l'ingestion d'iodure de potassium ou d'antipyrine : on les voit se reproduire indéfiniment et constamment dans les mêmes régions circonscrites dès que les sujets font de nouveau usage du médicament pathogénétique : il faut donc admettre que, chez notre malade, les faces dorsales des mains, et ces régions seulement, ont offert une vulnérabilité toute particulière à l'égard des toxines de cet érythème et ont réagi avec une intensité énorme et très exceptionnelle.

L'existence du diabète n'a pas empêché cette éruption, d'apparence si grave au premier abord, d'évoluer régulièrement.

**Sur une syphilide secondaire en nappe du cuir chevelu simulant
l'eczéma séborrhéique.**

Par H. HALLOPEAU et G. BUREAU.

M. A. Fournier, dans ses leçons devenues classiques sur la syphilis étudiée chez la femme, signale, parmi les manifestations de cette maladie qui peuvent donner lieu à de l'alopecie, une syphilide pityriasiforme ou roséole du cuir chevelu « consistant en des rougeurs éparses, lenticulaires ou diffuses, assez pâles de ton pour échapper à l'examen le plus souvent, et recouvertes d'une *desquamation très fine, presque microscopique*, à peine appréciable pour l'observateur non prévenu ».

La dermatose du cuir chevelu dont est atteinte la malade que nous avons l'honneur de présenter peut être rattachée à ce type, mais elle en constitue, ainsi qu'on va pouvoir en juger par les détails de l'observation, une variété que différencient la *généralisation de l'éruption à la presque totalité de la région et les dimensions relativement très considérables des squames*.

La nommée Marie S..., âgée de 34 ans, charbonnière, entre le 9 mars 1896, à l'hôpital Saint-Louis, salle Lugol, lit n° 20.

Mariée en 1882, elle a eu six enfants, dont deux grossesses gémellaires, et une fausse couche de trois mois il y a deux ans.

Il y a quatre mois, elle s'aperçut qu'elle avait sur la grande lèvre droite de la vulve un petit bouton ulcéré. Deux mois après, survint sur tout le corps une éruption généralisée que la malade compare à une rougeole; en même temps, commença l'enrouement de la voix. Cette éruption s'effaça, mais, à sa place, apparurent en différentes régions, et notamment au cuir chevelu et autour des organes génitaux, *des plaques rouges surélevées*. La face n'aurait été prise qu'il y a un mois et la chute des cheveux se serait surtout accentuée depuis quinze jours.

Voici l'état sous lequel se présente la malade à son entrée à l'hôpital.

Sur le corps, on trouve des plaques disséminées, de la dimension d'une pièce de un franc, présentant à leur centre des croûtes qui recouvrent une ulcération à fond rougeâtre et à bords taillés à pic.

On retrouve les mêmes éléments dans les creux axillaires. Au niveau des plis inguinaux-cruraux, existent des plaques rouges surélevées ayant la dimension d'une lentille à celle d'une pièce de 50 centimes; dans le pli inguino-crural droit, on note quelques fissures.

Ces mêmes plaques se retrouvent au niveau de l'anus, qui est lui-même atteint de condylomes; il n'y a aucune lésion eczémateuse sur le corps.

Ce qu'il y a surtout de remarquable chez cette femme, ce sont les lésions de la face et du cuir chevelu. En regardant la malade, on est frappé, en outre d'une tuméfaction des parties latérales du nez et d'un léger œdème palpébral, de l'asymétrie de la figure; elle est due au relief beaucoup plus

considérable de la bosse frontale gauche. Il existe, en effet, à ce niveau, une saillie volumineuse, arrondie, de 7 centimètres de diamètre, dure, de consistance osseuse, offrant, en un mot, tous les caractères d'une exostose. Les téguments qui la recouvrent sont rouges; elle est légèrement douloureuse, et son début remonterait seulement à cinq jours.

Le cuir chevelu, dans sa totalité, est le siège d'une éruption, caractérisée par de la rougeur des téguments avec de la desquamation en lambeaux ou en croûtelles de plusieurs centimètres de diamètre. Il n'y a pas d'ulcérations. Cette altération s'étend en arrière jusqu'à la limite du cuir chevelu; elle descend sur les côtés jusqu'aux régions temporales et s'avance en avant sur le front.

L'alopecie est très spéciale; les cheveux sont extrêmement raréfiés: le petit nombre de ceux qui restent sont grêles et disséminés irrégulièrement sur le cuir chevelu.

Au premier abord, l'éruption rappelle celle d'une affection séborrhéique, mais la périphérie du cuir chevelu est parsemée de plaques érythémateuses, arrondies et polycycliques, de couleur jambonnée, réunies en groupes, irrégulièrement circulaires, s'avancant sur le front jusqu'à la racine du nez, s'étendant sur les côtés aux régions temporales, et descendant en arrière sur la région cervicale. Cette éruption, tout autour du cuir chevelu, a tous les caractères des plaques syphilitiques; et sa continuité avec celle du cuir chevelu montre nettement la nature spécifique de cette dernière. Si on enlève les croûtelles du cuir chevelu, on trouve, au-dessous, d'elles, de légères élevures plus colorées que les parties avoisinantes. Il n'existe qu'un très petit nombre d'intervalles de peau saine, particulièrement dans la région pariéto-occipitale droite.

Cette éruption est peu prurigineuse.

Les amygdales sont volumineuses et la partie inférieure de l'amygdale droite présente notamment une teinte blanchâtre. Sur la lèvre supérieure du côté gauche, existe une petite plaque blanche et saillante.

La voix de la malade est éteinte, voilée. L'examen laryngoscopique montre une rougeur intense de toute la muqueuse du larynx avec infiltration des cordes vocales ne permettant pas leur rapprochement. Il n'y a pas d'ulcération de la muqueuse.

Les ganglions des régions rétro-mastoïdienne, cervicale, axillaire et inguinale, surtout à droite, sont notablement tuméfiés.

Ainsi donc, le cuir chevelu, chez cette malade, est envahi dans toute son étendue, à l'exception d'un très petit espace: sa coloration est celle d'un érythème pâle et il est recouvert de squames larges et épaisses: nous n'avons donc pas ici la desquamation très fine presque microscopique qu'a observée M. Fournier, ni les rougeurs éparpillées; néanmoins il s'agit bien du même type: nous en avons pour garant la dénomination de pityriasiforme donnée par M. Fournier à sa syphilide; elle convient également à la nôtre, avec cette différence qu'il s'agissait plutôt ici d'un eczéma séborrhéique que d'un pityriasis: la ressemblance est telle que les observateurs les plus expérimentés pour-

raient s'y tromper; l'aspect des cheveux surtout, devenus si clairsemés et si grêles, pourrait induire en erreur et faire croire à une forme grave de cet eczéma. Un examen attentif montre que l'altération diffuse du cuir chevelu vient sur les limites de la région, et particulièrement au front, dans les régions temporales et à la nuque, se continuer insensiblement avec des lésions incontestablement syphilitiques et appartenant au type clinique que l'on décrit sous le nom de plaques muqueuses de la peau; il s'agit donc bien d'une manifestation syphilitique; elle est remarquable par sa diffusion à la presque totalité du cuir chevelu, car il n'y a qu'un très petit espace de peau saine: elle mérite donc la dénomination de *syphilide secondaire en nappe du cuir chevelu*.

Nous ne ferons que mentionner les différences essentielles que présente l'alopecie qui en résulte avec la chute des cheveux en clarières que l'on observe le plus souvent à cette période de la maladie.

Cette syphilide en nappe du cuir chevelu coïncide avec des manifestations qui entraînent le diagnostic de syphilides malignes précoces; il en est ainsi des nombreuses plaques muqueuses de la peau qui ont été signalées et surtout de la périostose frontale et des altérations nasales concomitantes. Il y aura lieu de rechercher si cette coïncidence est fortuite ou non.

Sur une variété de syphilis médullaire.

Par M. A. FOURNIER.

J'ai l'honneur de présenter à la Société un malade de mon service qui est atteint de l'affection curieuse à laquelle j'ai proposé de réserver le nom de *syphilose médullaire spasmodique*.

Chez ce malade, l'affection est presque exclusivement caractérisée par les quatre symptômes suivants :

1° *Impotence des membres inférieurs*, et impotence d'un ordre tout particulier. Le malade peut marcher; mais il marche d'une façon spéciale, péniblement, lentement, avec effort; il se traîne, comme s'il avait une résistance à vaincre à chaque pas. Cette résistance, dont il est conscient, dont il se plaint, c'est une raideur musculaire; il a besoin, comme il le dit, de « tirer sur ses muscles » pour avancer chacun de ses membres; il sent ses muscles « enraidis », et il lui faut en surmonter la tension pour les mettre en mouvement. Aussi bien se trouve-t-il dans l'impossibilité absolue de presser le pas et, à fortiori, de courir.

2° *Exaltation très notable du réflexe rotulien*.

3° Trépidation épileptoïde du pied.

4° Certains troubles du *rectum* et de la *vessie*. D'une part, constipation rebelle. D'autre part, urgence de satisfaire presque immédiatement au besoin d'uriner, dès qu'il se fait sentir; sinon, issue involontaire de quelques gouttes d'urine.

J'insisterai d'une façon spéciale sur la *conservation de la force musculaire* dans les membres inférieurs. Le malade a toute sa force dans ces membres. Impossible de fléchir ou d'étendre ces membres contrairement à la volonté du malade.

Il ne s'agit donc pas ici d'une paraplégie. Car une paraplégie implique une défaillance à un degré quelconque de la puissance musculaire. C'est bien manifestement une autre modalité des facultés locomotrices qui se trouve affectée en l'espèce.

En vue de spécifier ce dernier point, je qualifie le syndrome en question du nom de syphilose médullaire *spasmodique*. Cette dénomination me paraît préférable à quelques autres qui lui ont été déjà appliquées : *paraplégie spasmodique* (Charcot); — *paralysie spinale syphilitique* (Erb); — *paraplégie commune des syphilitiques* (Gilles de la Tourette), par opposition à la forme flasque, notablement plus rare.

En tout cas, l'exemple que je présente à la Société me paraît intéressant en ce qu'il constitue un type *pur* de l'affection, j'entends un type dégagé des autres symptômes soit médullaires, soit cérébraux, qui le compliquent fréquemment.

J'ajouterai encore deux remarques :

1° Chez notre malade, cette myélopathie spasmodique constitue une manifestation *précoce* de syphilis. Elle s'est produite, en effet, quatorze mois après le début de l'infection.

2° C'est là une forme qui, pour moi tout au moins, comporte un pronostic des plus fâcheux. Bien souvent, en effet, je l'ai vue résister opiniâtrement à tous les efforts de la thérapeutique. Dans le cas actuel, aucun résultat n'a été obtenu d'un traitement spécifique cependant institué avec énergie.

Les diverses particularités afférentes à ce cas se trouveraient signalées dans l'observation suivante :

(Observation recueillie par M. GEORGES BROUARDEL, interne des hôpitaux).

Le nommé D..., âgé de 41 ans, frotteur, est entré à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Louis, lit n° 42, le 18 janvier 1896.

Antécédents héréditaires. — Le malade répond très nettement aux questions que nous lui faisons sur les divers membres de sa famille, et nous constatons ainsi, d'une façon formelle, l'absence de toute *hérédité syphilitique, alcoolique, tuberculeuse, ou nerveuse*.

Il a encore ses parents : son père, âgé de 73 ans, n'est ni buveur, ni

sypilitique ; il présente seulement quelques douleurs dans les jambes ; sa mère, encore très bien portante à 71 ans, n'a jamais été malade ; elle a eu 11 enfants, dont 8 survivent. Parmi les trois autres, un est mort à 22 ans au régiment ; les deux autres sont morts quelques jours après leur naissance ; le malade ignore ce qu'ils ont eu.

Parmi les 8 enfants vivants, un garçon est âgé de 25 ans et est très bien portant ; six filles enfin sont également en bonne santé ; trois d'entre elles sont mariées et ont des enfants absolument sains.

Le malade nous affirme n'avoir jamais connu de tuberculeux, sypilitiques, alcooliques, ou nerveux parmi ses oncles et tantes. Ses grands-parents sont morts très âgés.

Antécédents personnels et maladie. — D... n'a jamais fait de grande maladie ; il a eu seulement de l'helminthiase intestinale étant enfant et les oreillons pendant son service militaire.

A 39 ans, en mars 1894, il a eu un chancre à la face inférieure de la verge, immédiatement en arrière du gland ; ce chancre n'a duré qu'une quinzaine de jours et n'a jamais dépassé les dimensions d'une pièce de 50 centimes. — Trois mois après son chancre, il a la roséole, puis quelques plaques muqueuses dans la bouche. A l'hôpital Saint-Louis, où il vient se faire traiter pendant dix-sept jours, on lui fait deux piqûres de calomel et on lui donne 3 gr. d'iodure de potassium par jour. Sorti de l'hôpital au bout de treize jours, il prend 1 gr. d'iodure par jour, un mois sur deux, et continue ce traitement, sans présenter aucun accident pendant un an.

Au mois de mai 1895, il commence à éprouver une difficulté croissante dans la marche ; s'accusant d'abord par une simple sensation de fatigue, cette difficulté consiste bientôt en un certain degré de raideur des membres inférieurs : « Je manquais de liberté dans les genoux », nous dit-il. Ce symptôme croît peu à peu d'intensité : au mois de juillet, la marche devient très difficile ; au mois de septembre, il est obligé de cesser son travail. Vers le mois d'octobre, D... ressent quelques vagues douleurs dans la région lombaire (ce sont les seules douleurs qu'il ait jamais éprouvées) ; il est fortement constipé.

Depuis cette époque, son état est resté stationnaire, malgré tous les traitements qu'il a suivis.

Au mois d'octobre, il prend pendant une quinzaine de jours du glycérophosphate de chaux ; puis il se met pendant quelque temps à l'iodure de potassium (à la dose de 6 gr. par jour) et aux frictions mercurielles ; on lui fait en même temps des pointes de feu le long de la colonne vertébrale.

Au mois de novembre, il entre à l'Hôtel-Dieu annexe, dans le service de M. Ménétrier, ne présentant toujours comme unique symptôme que sa difficulté à marcher. On lui donne 6 gr. d'iodure et deux pilules de protoiodure par jour, pendant quinze jours, et quelques bains sulfureux ; il suspend son traitement pendant quinze jours et le reprend pour le continuer ensuite une semaine sur deux pendant six semaines.

A ce moment, le 12 janvier 1896, il sort de l'hôpital n'éprouvant aucune amélioration dans son état.

Le 18, il entre à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le professeur Fournier, ne présentant toujours que les mêmes symptômes, et on le

met au traitement suivant : 4 gr. d'iodure, une injection de calomel par semaine, bains sulfureux et douches sulfureuses.

État actuel, 27 février 1896. — Le malade n'a constaté aucune amélioration dans son état, malgré le traitement précédemment indiqué, depuis son entrée à l'hôpital, c'est-à-dire depuis un mois et demi. Il n'éprouve aucune douleur.

Tube digestif. — L'appétit est bon; la constipation est habituelle depuis le début des accidents, c'est-à-dire depuis le mois de mai 1895; les selles sont quelquefois espacées de quatre ou cinq jours; les purgations restent sans grand effet. — Le foie et la rate sont normaux.

Les poumons sont sains.

Il n'y a aucun trouble *cardiaque*; les battements du cœur sont un peu claqués à la pointe; l'artère radiale est un peu dure sous le doigt; le pouls est bien frappé. La jambe gauche présente des varices.

Motilité. Membres inférieurs. — La marche est difficile; ce qui établit cette difficulté, nous le constatons en regardant le malade marcher, c'est la raideur, la contracture musculaire généralisée qui envahit les membres inférieurs au moindre mouvement. Le malade nous dit lui-même que, pour faire un pas, il lui faut lutter contre cet état : « mes genoux se raidissent ».

De temps en temps, lorsqu'il pose le pied à terre, il est pris de trépidation dans les membres inférieurs, trépidation qui semble se généraliser.

La force musculaire est absolument indemne aux deux membres inférieurs : nous le constatons en disant au malade d'étendre le membre inférieur mis en flexion préalablement et maintenu par nous dans cette position; il en est de même pour les fléchisseurs, ce que nous constatons par l'opération inverse. Nous ne pouvons pas résister aux mouvements volontaires du malade.

Les membres supérieurs n'ont pas maigri; ils se présentent absolument normaux.

Réflexes. — Les réflexes rotuliens sont très exagérés; il y a de la trépidation spinale.

Nous ne trouvons pas les réflexes exagérés aux membres supérieurs.

Sensibilité générale. — La sensibilité au tact, à la douleur et à la température est intacte et égale des deux côtés.

Organes des sens. — Les yeux ne présentent rien d'anormal; la vue a toujours été bonne; les pupilles sont égales et réagissent bien à la lumière et à l'accommodation; il n'y a pas de rétrécissement du champ visuel.

Il n'y a ni diminution de l'acuité auditive; ni rétrécissement du champ auditif.

Le goût et l'odorat sont normaux.

Organes génito-urinaires. — Il n'y a ni pollakiurie, ni polyurie; il n'y a ni incontinence, ni rétention d'urine; le malade dit pourtant ressentir souvent une violente envie d'uriner, surtout au réveil, et être obligé de se hâter d'obéir à cette envie; il a perdu ainsi plusieurs fois quelques gouttes d'urine. — Il n'y a pas d'albuminurie.

On constate de plus une diminution assez sensible des fonctions génitales; il n'a pas eu de coït depuis six mois; ses érections sont beaucoup moins fréquentes et moins fortes.

Il n'y a pas d'incontinence des matières fécales.

Examen du corps. — L'examen de la peau présente fort peu de chose : des cicatrices de pointes de feu le long de la colonne vertébrale, une cicatrice à la face postérieure du poignet droit, vestige d'un furoncle qu'a eu le malade en 1880, au retour du régiment, bien avant sa syphilis.

Le système pileux est assez développé aux membres inférieurs, au pubis et à la face antérieure du thorax.

Dermatite herpétiforme au cours de la grossesse.

Par M. CANUET.

J'ai à vous présenter une malade qui entre pour la troisième fois dans le service de M. le professeur Fournier et qui vous a été montré en 1892.

C'est une femme de 30 ans, atteinte de dermatite herpétiforme qui récidive pour la quatrième fois, au cours d'une huitième grossesse.

On ne retrouve, chez la femme malade, aucun antécédent héréditaire digne d'être noté, ni tuberculose, ni syphilis, ni hystérie.

Des sept grossesses antérieures, les quatre premières ont évolué sans manifestation cutanée.

À la cinquième grossesse, rien encore, mais, deux jours après la délivrance, début de la première atteinte qui dure, en tout, un mois.

Au quatrième mois de la sixième grossesse, deuxième atteinte. Les poussées éruptives se succèdent jusqu'à l'accouchement, se multiplient après la délivrance pour disparaître cinq semaines après.

Septième grossesse en mars 1894; du sixième mois de la grossesse jusqu'à l'accouchement, nouvelle éruption.

Dans l'intervalle des grossesses, la guérison est absolue, l'éruption disparaît complètement sans laisser de traces de pigmentation.

La malade rentre dans le service, enceinte pour la huitième fois. Elle est au septième mois.

Dès le second mois, sans fièvre, sans prodromes, sont survenues de violentes démangeaisons et immédiatement après, l'éruption. Le polymorphisme de cette éruption est, dans ce cas, aussi net que dans les autres cas analogues; sur de larges placards érythémateux et érythémato-papuleux, apparaissent des vésicules, des bulbes, des pustules de volume différent. Au sommet de certaines vésicules de petites croûtelles se forment, tandis que certaines pustules rompues laissent, par places, le derme à nu ou recouvert de croûtes brunâtres. Ces éléments sont irrégulièrement groupés, remarquablement confluent sur certains points, laissant à peine entre eux quelques intervalles de peau saine. Ailleurs, les placards érythémato-papuleux ont des contours nettement limités.

L'éruption a débuté sur la face antérieure des avant-bras, puis s'est

montrée sur la face interne des cuisses; ensuite le ventre a été envahi, puis le haut du tronc, et ensuite les jambes. L'affection évolue par poussées successives, atteignant telle ou telle partie du corps.

La face, le cuir chevelu, la paume des mains, la plante des pieds sont respectés. Les muqueuses n'ont pas été touchées.

Le prurit, dans le cas présent, n'est pas excessif; cependant il y a des démangeaisons, surtout des sensations de brûlures, n'allant pas jusqu'à empêcher le sommeil, et ne retentissant pas sur l'état général qui reste bon.

La température est normale. Rien à noter du côté des viscères. L'analyse des urines ne révèle rien de particulier, pas d'albuminurie; un peu d'indican; urée légèrement diminuée.

Dans cette observation, nous avons eu à considérer la quatrième récidue d'herpès gestationis chez une même malade; on peut y remarquer que le début s'est fait, pour cette dernière manifestation, à une date plus rapprochée du début de la grossesse que pour les atteintes précédentes, et que l'éruption est plus intense.

En ce moment, la grossesse, à son septième mois, évolue normalement.

M. TENNESON. — Y avait-il hypoazoturie, comme cela se voit d'ordinaire?

M. CANUET. — On ne l'a pas encore cherchée.

Applications des greffes dermo-épidermiques.

Par M. EUGÈNE TERBIEN.

Je viens, au nom de M. Tenneson et au mien, vous présenter quelques malades, traités par la méthode des greffes, et qui tous ont retiré de son application un bénéfice réel et rapide, tant dans le cas d'ulcère de jambe que dans celui de lupus tuberculeux.

Ulcère de jambe. — Voici un premier malade, Mathieu Sch..., âgé de 46 ans; son ulcère date de loin puisqu'il se produisit il y a vingt ans à la suite d'une fracture de jambe.

Sous l'influence des divers traitements appliqués, il y eut des alternatives d'améliorations, puis de récidives.

Depuis six ans l'ulcère reste stationnaire; actuellement ses dimensions sont presque celles de la paume de la main.

Le 16 octobre 1895, le malade est chloroformé, on gratte à la curette tranchante le fond atone de l'ulcère, et de grands lambeaux épidermiques pris à la face antérieure de la cuisse gauche sont appliqués à la surface cruentée, suivant le procédé de Tiersch. Pansement au mackintosh recouvert de diachylon et d'une couche de ouate.

Quatre jours après, les greffes sont prises à l'exception d'une seule, qui nécessite une seconde et légère intervention.

Deuxième observation. — Noël R..., 56 ans.

A subi deux fois la même opération à trois ans d'intervalle; la première fois, ulcère sur le côté externe de la jambe droite, guérison qui persiste encore, la seconde, ulcère sur la partie interne de la même jambe, greffes le 2 décembre 1895 par le procédé de Reverdin, sort guéri trois semaines plus tard.

Troisième observation. — M^{me} D..., ulcère sur chaque jambe; greffes par le procédé de Reverdin, guérison complète après un mois.

Enfin dans le cours de cette année où j'ai eu l'honneur d'être l'interne de M. Tenneson, bien d'autres malades atteints d'ulcère de jambe ont été traités par cette méthode. Deux cas seulement ont été suivis d'insuccès; et cela sans qu'il soit possible d'en soupçonner la cause, et quel qu'ait été le procédé employé.

Lupus. — Mais l'ulcère de jambe n'est pas la seule affection à laquelle ce traitement puisse s'appliquer, le lupus tuberculeux dans certains cas est justiciable de la même méthode.

En voici quelques exemples :

Première observation. — Fernand Th..., 19 ans.

Deux placards de lupus tuberculeux à la partie postéro-inférieure du bras droit, et à la face antérieure de la cuisse gauche. Le 6 décembre 1895, destruction du tissu lupique au moyen du caustique de Vienne. Greffes le 21 décembre. Guérison.

Deuxième observation. — Berthe B..., 16 ans.

Un placard de lupus à la joue droite. Caustiques. Greffes. Guérison.

Dans le cas de lupus il faudra donc : 1° détruire le tissu malade et obtenir une ulcération simple.

2° Greffer cette surface ainsi cruentée.

La destruction du lupus peut être obtenue de plusieurs manières : c'est ainsi que l'on pourra employer la curette tranchante, ainsi et mieux encore qu'on pourra se servir des caustiques.

M. Tenneson dans son service a employé maintes fois cette méthode avec succès; au bout de dix ou quinze jours, suivant les cas, l'escharre déterminée par le caustique se détache : la place occupée par le lupus se trouve transformée en une plaie vive qui va se cicatriser vite et spontanément.

Mais il est préférable de ne pas attendre ce résultat.

Les greffes soit à grands, soit à petits lambeaux formeront le complément de cette opération et cela pour plusieurs raisons :

1° La cicatrisation sera plus rapide et obtenue dans la majorité des cas, au bout de dix à quinze jours.

2° On évitera les rétractions cicatricielles qui représentent un des

plus sérieux inconvénients du traitement du lupus par les caustiques surtout quand on l'applique à la face, puisqu'il en peut résulter de l'ectropion et le déplacement de la commissure labiale.

3° On aura ainsi substitué de l'épiderme sain à l'ancien tissu lupique.

Résultats. — Pendant les premiers temps la région greffée reste un peu irrégulière et inégale, de surface raboteuse.

Mais bientôt l'aspect se modifie et les tissus s'assouplissent en se régularisant.

La guérison obtenue est-elle définitive? pas plus que d'autres, sans doute, ce traitement ne mettra pas à l'abri de toute récurrence, il a du moins le mérite de donner des résultats rapides; et si un jour des nodules lupiques reparaissent au sein même de l'épiderme greffé, comme ils sont isolés, il sera alors facile de les détruire avec l'aiguille du galvano-cautère.

M. E. BESNIER. — Sans contester la valeur des résultats obtenus, qui réclameront l'épreuve du temps, j'attire très fortement l'attention sur les cicatrices fâcheuses par l'aspect inévitable, et par le siège choisi pour leur prise. Les surfaces sur lesquelles ont été recueillies les greffes sont irrégulièrement parsemées de cicatrices toujours fâcheuses, surtout chez la femme. Les cicatrices, en outre, demeurent parfois douloureuses, chéloïdiennes. Dans un cas récemment soumis à mon observation, on a vu, chez une hystérique à plaies éruptives bulleuses, traitées par la greffe, tous les points de prise de greffes devenir, eux-mêmes, le siège de lésions semblables à celles pour lesquelles la greffe avait été faite ailleurs sans succès, malgré l'habileté consommée du très habile chirurgien qui l'avait exécutée.

M. TENNESON. — Nous retenons la remarque de M. Besnier, mais je dois noter toutefois que nos malades se félicitent du résultat obtenu.

M. HALLOPEAU. — J'ai vu pour ma part des macules succéder à ces ablations de greffes mais sans d'autres inconvénients.

M. A. FOURNIER. — Cela suffit pour être très désagréable aux femmes en certaines régions tout au moins.

Du chimisme gastrique chez les syphilitiques traités.

Par MM. GASTOU et BABON.

Dans son livre sur le traitement de la syphilis, M. Fournier signale des cas où le mercure administré par ingestion et quelquefois même par injection a provoqué, soit des douleurs gastriques intenses, soit

une inappétence plus ou moins marquée, soit une intolérance absolue.

M. Babon a étudié le chimisme gastrique des malades du service de M. Fournier. Cette recherche a porté sur trois séries de malades : 1° sur ceux soumis au traitement par voie gastrique ; 2° sur les injectés ; 3° enfin sur l'état gastrique avant le début de tout traitement et après traitement.

Je ne parlerai que des résultats obtenus pour la première série. Sur huit cas M. Babon a trouvé : 1 fois l'aepsie complète, 6 fois l'hypoepsie, 1 fois l'hyperpepsie. La plupart des malades ainsi examinés étaient des femmes, dont quelques-unes souffraient de troubles utérins, d'autres malades avaient présenté antérieurement des troubles cardiaques, nerveux, éthyliques ou chlorotiques.

Chez ces malades la dose de médicament avait été le plus souvent prolongée et énorme.

Dans ces cas le type gastrique trouvé est à peu près constant, il est le résultat d'une véritable gastrite avec transformation muqueuse du revêtement épithélial de l'estomac, il répond au type appelé, par M. le professeur Hayem : gastrite muqueuse.

Comme conclusion pratique de cette étude, on peut dire que chez les sujets syphilitiques, prédisposés aux troubles gastriques, il est de toute utilité pour éviter une « gastropathie médicamenteuse » et ses conséquences d'éviter la voie d'absorption gastrique. Ces malades bénéficieront de la méthode des injections pour le mercure et de l'absorption rectale pour l'iodure.

La séance est levée.

Le secrétaire,

L. JACQUET.

SÉANCE DU 9 AVRIL 1896

Présidence de MM. Besnier et Mauriac.

SOMMAIRE. — A propos du procès-verbal : 1° Sur un pemphigus foliacé ; 2° Sur la genèse et le rôle pathogénique des folliculites disséminées chez les tuberculeux, par M. HALLOPEAU. — Deuxième note sur un érythème multiforme suraigu des mains : démonstration de sa nature inflammatoire, par MM. HALLOPEAU et JOUSSET. — Rapport annuel, par M. HALLOPEAU, secrétaire général. — Dermatite eczématiforme en placards tuberculisation, par M. GASTOU. (Discussion : MM. AUGAGNEUR, HALLOPEAU, DU CASTEL, FEULARD, BESNIER.) — Folliculites scrofulosorum, par M. DU CASTEL. — Infantilisme suite de syphilis acquise, par M. EUDLITZ. (Discussion : M. E. BESNIER, AUGAGNEUR.) — Ulcérations tuberculeuses de l'anus et du doigt, par M. DU CASTEL. — Erythrodermie mycosique avec hyperkératose palmaire et plantaire et peut-être néoplasie initiale, par M. HALLOPEAU. (Discussion : M. DARIER.) — Sur les formes frustes ou abortives de la lèpre, par le Dr EDMOND EHLERS. (Discussion : M. VÉRITÉ.) — Statistique d'un service de St-Lazare pour l'année 1894, par M. BARTHÉLEMY. — Élections.

La correspondance manuscrite comprend, à propos de la discussion qui a eu lieu à la Société sur les injections mercurielles, une lettre de M. le Dr DUHOT, de Bruxelles, dans laquelle l'auteur dit s'être bien trouvé, dans sa pratique, d'injections de salicylate de mercure en suspension à 10 p. 100 dans l'huile de vaseline, faites tous les huit jours à la dose d'un centimètre cube. (*Note déposée aux Archives.*)

Ouvrage offert à la Société.

MENEAU. *La Bourboule et ses indications*, 1 vol. in-12, cart. Paris, Masson, 1896.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

Sur un pemphigus foliacé.

M. HALLOPEAU. — Le malade que j'ai eu l'honneur de présenter avec M. Jousset comme atteint d'un *pemphigus foliacé consécutif à une dermatite herpétiforme* a succombé, sans avoir présenté de complications, dans un état ataxo-adynamique. Ce fait montre qu'à côté de la forme relativement bénigne de cette dermatose, laquelle est compatible avec l'existence pendant nombre d'années, il en est d'autres qui peuvent offrir un caractère beaucoup plus grave et entraîner la mort au bout de quelques mois.

Sur la genèse et le rôle pathogénique des folliculites disséminées chez les tuberculeux.

Par H. HALLOPEAU.

M. Feulard a bien voulu faire entrer dans mon service le jeune malade qu'il a présenté dans la dernière séance comme un bel exemple de tuberculose cutanée avec éruptions de folliculites : je désire faire remarquer, en vous le montrant de nouveau, la grande analogie qu'offrent ces éléments éruptifs avec ceux de l'enfant que nous avons présenté deux fois à la Société comme atteint d'une forme non décrite de tuberculose cutanée.

Il s'agit de folliculites, car l'on peut nettement distinguer des poils dans la partie centrale des boutons suppurés. Chez les deux sujets, ces éléments sont surtout abondants au bas-ventre et aux membres inférieurs ; cependant, chez celui-ci, ni le visage ni les membres supérieurs ne sont épargnés.

Dans les deux cas, ces folliculites peuvent se développer isolément, dans des régions où le tégument paraît sain, ou autour de foyers tuberculeux ; chez mon premier malade, qui est encore couché dans le pavillon Bazin, ces foyers sont manifestement le résultat du développement excentrique et de la fusion de ces folliculites ; ces éléments se sont ainsi réunis en vastes placards qui occupent la plus grande partie des jambes ; chez celui-ci, les folliculites se développent pour la plupart au voisinage de tubercules provenant, soit d'adénopathies, soit de gommes tuberculeuses sous-cutanées. Ces lésions superficielles viennent ainsi s'ajouter aux lésions d'origine profonde. Mais on peut constater simultanément un processus inverse ; ces mêmes boutons superficiels peuvent s'étendre en surface et en profondeur et devenir ainsi le point de départ de nodosités volumineuses s'étendant dans le tissu sous-cutané ; nous avons vu ces jours derniers, à deux reprises, se produire cette transformation : des folliculites développées, l'une au-dessous du genou, l'autre à la partie supéro-interne du bras, se sont transformées, en quelques jours, en nodules tuberculeux dont le volume approche déjà celui d'une petite noisette ; ces folliculites, nées de tubercules, peuvent donc à leur tour engendrer des tubercules ; il n'est pas douteux qu'elles ne soient elles-mêmes de nature tuberculeuse, bien que la recherche des bacilles dans leur contenu n'ait donné jusqu'ici que des résultats négatifs. Nous ferons connaître ultérieurement le résultat des inoculations pratiquées dans le péritoine de cobayes.

L'observation du malade montre que ces nouvelles formations tuberculeuses peuvent devenir à leur tour le point de départ de folliculites qui se développent à leur périphérie.

Il y a lieu de distinguer ainsi, chez ce jeune homme, les modes de propagation suivants de la tuberculose : progression vers la surface cutanée de tubercules développés profondément, soit dans le tissu cellulaire sous-cutané, soit dans les ganglions, genèse de folliculites suppurées au voisinage de ces tuberculoses reconnaissables à la dépression cicatricielle profonde autour de laquelle elles se sont produites, transformation de ces folliculites en nodosités tuberculeuses qui atteignent rapidement un volume relativement considérable, développement de nouvelles nodosités ; la folliculite peut donc être ici le principal intermédiaire par lequel se font, d'une part, le développement de tubercules cutanés consécutivement à la progression vers la surface de tuberculoses profondes, d'autre part, le développement de nouvelles productions tuberculeuses à la suite de cette éruption.

Ces néoformations secondaires diffèrent de celles que nous avons décrites et que nous observons encore chez notre premier malade par leur tendance à s'étendre en profondeur plutôt qu'en surface ; elles sont plus profondément infiltrées ; si elles forment un bourrelet, il est plus épais, plus dur, plus saillant ; on ne voit pas se produire ces larges plaques avec soulèvement bulleux périphériques qui caractérisent l'éruption de notre premier malade.

Ces différences sont liées sans aucun doute au mode de réaction des sujets et non à la nature du mal qui paraît identique dans les deux cas : il s'agit en toute évidence d'une tuberculose aiguë des appareils pilo-sébacés.

Ces lésions élémentaires offrent les plus grandes analogies avec l'acné cachectica de Hebra ; nous avons, d'autre part, communiqué antérieurement à la Société deux faits de lichen scrofulosorum dans lesquels cette éruption s'était développée autour de cicatrices ou de lupus tuberculeux anciens. Hebra a reconnu d'ailleurs que son acné cachectique coïncide fréquemment avec son lichen scrofulosorum ; il signale l'existence presque constante d'altérations dites scrofuleuses, autrement dit tuberculeuses, chez les sujets atteints de ces dermatoses ; nous sommes donc conduits à croire qu'il s'agit là de modalités différentes de tuberculoses pilo-sébacées chez les enfants et les adolescents ; l'affection décrite par M. Gaucher sous le nom de tuberculose pustuleuse et ulcéreuse des jeunes enfants rentre encore dans la même catégorie.

Je résumerai ainsi qu'il suit les conclusions de ce travail :

1° *La tuberculose cutanée des appareils pilo-sébacés peut, suivant l'acuité du processus et le mode de réaction des sujets, revêtir chez les jeunes sujets les caractères du lichen scrofulosorum, de l'acné cachectique ou de la folliculite suppurative ;*

2° *Ces folliculites peuvent se développer autour de néoplasies tuberculeuses provenant des parties profondes, les ganglions ou le tissu conjonctif sous-cutané ;*

3° Elles peuvent devenir le point de départ de nodosités tuberculeuses isolées ou confluentes, soit en placards, soit en bourrelets ;

4° Elles servent ainsi d'intermédiaires à la propagation à la surface cutanée des tuberculoses d'origine profonde et aussi à l'extension en profondeur et en surface de tuberculoses superficielles.

Deuxième note sur un érythème multiforme suraigu des mains ; démonstration de sa nature inflammatoire.

Par MM. HALLOPEAU et JOUSSET.

Aucun élément éruptif nouveau ne s'est produit chez le malade que nous avons eu l'honneur de présenter avec cette étiquette dans la dernière séance, mais un fait remarquable s'est manifesté chez lui : toutes les parties du dos des mains qui ont été atteintes sont actuellement le siège d'une prolifération végétante : les saillies sont partout conglomérées et confluentes, sauf sur les bords où l'on en voit d'isolées ; leur couleur est d'un rouge pâle ; leur consistance est plus ferme que celle de la peau saine.

Le développement de ces végétations nous paraît offrir un grand intérêt au point de vue de la nature du processus dont elles sont l'expression tardive ; il montre, en toute évidence, qu'il ne s'agit pas là seulement d'une lésion purement congestive, mais bien d'une inflammation ; cependant les plaques érythémateuses du cou persistent avec les mêmes caractères ; il est bien probable que, malgré l'absence d'infiltration appréciable du derme, elles sont également de nature inflammatoire ; s'il en est ainsi, il faudrait renoncer à cette dénomination d'érythème polymorphe qui entraîne une conception fautive de la nature de ces lésions.

On peut se demander ce que vont devenir ces végétations ? nous croyons pouvoir affirmer qu'elles disparaîtront bientôt d'elles-mêmes sans laisser de traces. Il en est en effet ainsi de celles qui se produisent fréquemment dans notre service depuis plusieurs années chez un malade atteint de dermatite herpétiforme ; or, quelques différences que présente cette maladie, dans sa cause prochaine et son évolution, avec les soi-disants érythèmes multiformes, on ne peut nier qu'au point de vue de leurs lésions élémentaires ces états morbides n'offrent une assez grande analogie pour que l'on puisse conclure de l'un à l'autre.

Il ressort de cette note les données suivantes :

1° Les manifestations bulleuses de la maladie appelée érythème multiforme peuvent être suivies d'une dermatite végétante ;

2° Ce fait prouve qu'il s'agit, dans cette dermatose, non d'une simple hyperhémie, mais d'une inflammation;

3° Il y aura lieu de lui appliquer le nom de dermatite au lieu de celui d'érythème.

Rapport sur la gestion du Comité de direction et la situation morale de la Société.

Par M. H. HALLOPEAU.

Pendant l'année qui vient de s'écouler, notre Société a continué à travailler et à prospérer; le nombre de ses membres s'est élevé de 123 à 133; par une bonne fortune, malheureusement exceptionnelle jusqu'ici dans son ère, elle n'a eu aucun décès à déplorer.

Ses ordres du jour ont continué à être très chargés: on peut dire qu'elle se place au premier rang, parmi toutes les sociétés scientifiques, par l'abondance et l'intérêt des faits qu'elle met en lumière.

Bien que nous ayons eu une séance de moins que l'an passé, le nombre des communications a été presque aussi considérable; cependant notre bulletin est notablement moins volumineux et nous n'avons pas eu cette année à appliquer le nouveau règlement relatif à la surabondance des matériaux: nous ne croyons pas qu'il y ait lieu de le regretter. Sans doute, nous sommes heureux lorsque l'un de nous vient apporter sur une question nouvelle un travail d'ensemble tel que celui de M. Sabouraud sur les teignes; mais est-il possible, est-il désirable qu'une pareille étude d'ensemble soit reproduite à l'occasion de chacun des faits si nombreux qui nous sont communiqués? ne serait-ce pas du temps et du travail inutilement dépensés? exposer des faits nouveaux, montrer à quel type, à quelle espèce morbide ils se rattachent, rechercher, avec toutes les ressources de la science contemporaine, quels en sont les caractères essentiels, la cause prochaine et le mode de production, quels moyens thérapeutiques on peut leur opposer, tel est surtout notre but; un seul fait ainsi étudié vaut de longues dissertations, et fait honneur à celui qui le met en relief: nous sommes en droit de dire qu'à cet égard notre Société n'a pas failli à sa tâche.

On ne peut nier cependant qu'il n'y ait grande utilité à essayer de faire la lumière, par des discussions d'ensemble, sur les grandes questions qui surgissent: c'est ainsi que, dans le courant de cette année, deux séances supplémentaires ont été consacrées au traitement de la syphilis par les injections hypodermiques; si l'on ne peut dire qu'elles aient résolu toutes les difficultés du problème, il est

incontestable cependant qu'elles ont mis en évidence nombre de faits nouveaux et importants.

L'année 1896 va être marquée par la réunion à Londres du troisième congrès international de dermatologie : nous avons l'assurance que notre Société et notre pays y seront dignement représentés.

Permettez-moi, en terminant, d'empiéter sur les conclusions de notre trésorier en vous disant que notre situation financière s'est notablement améliorée et que nous réalisons cette année de sérieuses économies.

Notre Société est donc bien vivante : elle continue à justifier la reconnaissance d'utilité publique qu'elle a obtenue il y a deux ans ; nous pouvons, en toute sécurité, continuer à mettre en œuvre la belle devise de notre regretté président Rollet : *laboremus*.

M. DU CASTEL, *trésorier*, lit son rapport sur l'état financier de la Société.

Dermite eczématiforme en placards et tuberculisation.

Par P. GASTOU.

Grâce aux travaux nombreux faits dans ces dernières années sur l'eczéma, celui-ci perd de jour en jour du terrain. Grâce à l'étude des lésions cutanées initiales et de leur évolution, grâce aussi à la recherche des conditions étiologiques et des altérations anatomiques, un grand nombre d'affections, bien déterminées, ont été isolées de l'eczéma.

L'eczéma séborrhéique, peut-être encore un peu trop étendu, le prurigo de Hebra, les prurigos diathésiques, les névrodermites ont une place à part.

Les lésions eczématiformes artificielles soit médicamenteuses, soit parasitaires, sont rapportées à leur véritable cause.

Enfin, les eczématisations et les lichénifications sont de véritables syndromes pouvant accompagner des dermatoses multiples, expressions de maladies locales ou de maladies générales à répercussion cutanée.

Au nombre des maladies générales qui modifient le tégument, à côté des intoxications et des affections aiguës, il faut placer les infections chroniques et les cachexies qui n'en sont que l'aboutissant.

La peau est le miroir fidèle de la nutrition : elle met sous les yeux la souffrance de l'organisme. Mais s'il est de règle de trouver dans les maladies chroniques à longue évolution, des altérations des éléments constitutifs de la peau ; ne peut-on pas voir survenir à la peau des

troubles révélateurs des maladies à venir, qui ne sont encore chez le sujet qu'à l'état dynamique et par conséquent susceptibles encore d'être arrêtées dans leur développement ?

Si les névrodermites dénotent l'irritabilité nerveuse, si les prurigos sont l'indice de fermentations gastro-intestinales, n'est-il pas d'autres manifestations cutanées qui peuvent mettre sur la voie d'une diathèse ou d'une tare héréditaire ?

L'eczéma et ses différentes modalités me semble être une de ces dermatoses indicatrices dont le rôle révélateur est d'un grand intérêt à connaître pour l'avenir des malades.

C'est précisément une des formes nombreuses de l'eczéma ou plutôt une forme d'eczématisation sur laquelle je voudrais attirer l'attention de la Société, me réservant de publier dans l'avenir un travail plus complet et plus documenté sur ce sujet.

Cette forme d'eczématisation qui a reçu des dénominations variables, eczéma sec, eczéma lichénoïde, eczéma papuleux, prurigo chronique, prurigo diathésique, coïncide souvent avec une hérédité scrofulo-tuberculeuse qui semble être plus qu'une simple coïncidence.

Le cas que je présente à la Société étant un exemple des plus nets de l'association d'une eczématisation et d'une hérédité scrofulo-tuberculeuse, j'en raconterai en détail l'histoire clinique.

Histoire clinique de D..., âgé de 8 ans.

Le père de l'enfant, homme fort intelligent, a bien voulu nous donner avec une précision remarquable l'histoire pathologique de sa famille. En voici les détails racontés par M. D... lui-même.

« *Grands-parents paternels.* — Mon grand-père paternel n'a rien eu de particulier ; il est mort vers 77 ans.

Ma grand'mère paternelle est morte jeune, victime d'un accident.

Quatre enfants sont nés de leur union : 1° L'aînée, une fille, actuellement âgée de 75 ans, s'est toujours bien portée, cependant elle offre une particularité spéciale. Dès son enfance, elle a été affectée d'une infirmité bizarre, consistant en une soif incessante. Jusqu'à l'âge de 60 ans, elle consommait en moyenne 8 à 10 litres d'eau par jour. Elle a eu un garçon qui est mort du choléra en 1886.

Le deuxième enfant, mon père, est âgé de 63 ans. Dès l'âge de 8 ans et jusque vers 10 ans, il a beaucoup souffert, il a eu de nombreux abcès froids qui ont formé de nombreuses cicatrices. Il paraît que l'on apercevait l'os de la cuisse. A cette époque, à la suite d'une chute il a gardé le lit pendant des mois, n'éprouvant de soulagement que lorsque sa jambe était pliée en deux. Les muscles du jarret se sont raccourcis et jusqu'à 18 ans il a marché avec des béquilles, depuis il n'a jamais pu marcher sans canne.

De 20 à 40 ans, tous les hivers, il a eu une bronchite qui l'obligeait à dormir assis dans son lit, tellement il était oppressé. Il était cordonnier, constamment assis et souffrait d'hémorroïdes qui ont été atténuées en

changeant de métier. Mon père mesure 1 mètre 68 centim., sa poitrine est très développée, ses membres forts, excepté la jambe malade qui est plus courte que l'autre. Il a une superbe voix de ténor, un excellent appétit, ne s'est jamais grisé, ayant toujours préféré l'eau au vin.

Le troisième enfant a été une fille, morte à 28 ans d'une maladie de poitrine. Elle a eu à subir de grandes privations.

Le quatrième enfant, un garçon, a eu mal à un doigt dans son enfance; il a été très long à en guérir. Il avait des cicatrices sur tout le corps. Il a présenté, comme sa sœur, cette particularité curieuse : d'une soif incessante. Jusqu'à l'âge de 28 ans, âge auquel il est mort, cette soif n'a fait qu'augmenter. Le besoin de boire était si violent qu'il n'avait que le temps de se précipiter sur sa tasse, tellement il étouffait. Son accès passé il redevenait dans son état normal. A différentes reprises on a été obligé de l'enfermer dans un asile d'aliénés, où il mourut, paraît-il, dans un de ces accès de soif.

Je dois dire que toute cette famille vivait dans des conditions d'hygiène déplorable : demeurant au bord de la rivière, ayant une nourriture insuffisante et mauvaise, l'ignorance et le manque de soins le plus complet, présidant à tout cela.

Grands-parents maternels. — Mon grand-père maternel était le type du paysan solide; il est mort à 80 ans et a été sourd pendant près de quarante ans.

Ma grand'mère maternelle est morte à 76 ans; vers la fin de sa vie elle aurait eu du rhumatisme chronique.

Ma mère a été l'aînée de dix enfants, elle est morte à 29 ans d'un abcès entre les seins, cet abcès aurait été provoqué par un coup de corne.

De tous ses frères et sœurs il n'y a eu de malades que ceux qui ont continué à habiter le pays qui est très humide.

Une de ses sœurs est morte presque idiote et perclue de douleurs vers 23 ans. Une autre à 18 ans est morte des suites de rhumatismes très violents.

Un frère qui habite le pays a un chapelet de cicatrices autour du cou.

Tous les autres, ayant quitté le pays de bonne heure, sont forts et robustes et ont des enfants bien portants.

Histoire clinique du père. — Je suis l'aîné de quatre enfants, les trois autres sont morts en venant au monde.

Mon père s'est remarié et de sa seconde femme, fille de campagne et pleine de santé, il a eu deux filles : l'aînée, toujours malade jusqu'à sa formation, a une coxalgie.

Elle a une petite fille qui se porte bien.

La seconde est chétive, mais n'a jamais été malade.

Je suis dans ma quarantième année. De 3 à 6 ans, il m'est venu des abcès froids aux jambes, il m'en reste des cicatrices : sur la cuisse droite, au pied droit, sous le jarret gauche et au-dessus du coup de pied de la jambe gauche.

Je ne me rappelle pas exactement le début de la maladie que j'ai à la joue, je sais que tous les ans au printemps jusqu'à l'âge de 15 ans, ma

joue suppurait pendant un mois et demi environ. J'ai été soigné de cette affection en 1885, amélioré, puis cela a recommencé.

A 20 ans j'ai eu une plaie à la verge, elle a guéri en huit jours à l'aide d'un caustique ; il me semble qu'à partir de ce moment-là ma joue a pris un autre aspect.

Je n'ai jamais gardé le lit, j'ai toujours eu un excellent appétit. J'ai une voix de baryton très vibrante. J'ai été réformé pour scrofules et taies sur l'œil droit.

Ma femme est bien portante, elle est très nerveuse, née d'une famille où en dehors d'une tendance aux maladies de cœur il n'y a jamais eu de maladies.

J'ai eu 4 enfants.

1° L'aînée est morte en 1890, à l'âge de 5 ans, d'une phtisie galopante. Elle a eu à l'âge de 18 mois un abcès sous le menton qui a suppuré pendant longtemps.

2° Mon deuxième enfant est une fille qui est morte à l'âge de 8 ans. A peine âgée de quelques mois elle a eu un abcès sous le menton, puis plus tard un écoulement d'oreilles. Après une chute, elle a subi à Lariboisière une trépanation ; elle est morte d'un abcès du cerveau.

3° Une troisième fille est morte de cyanose à 21 jours.

4° Mon quatrième enfant est né le 8 février 1893, il a donc 3 ans actuellement. Il est né avec de la cyanose ; quoique venu au monde très chétif, il mesurait 0^m,48 de long et pesait 14 livres (?), il était néanmoins à terme. Sa mère l'a allaité. Il a marché à 10 mois ; à un an il a eu une bronchite du côté gauche et tous les ans en décembre il tousse.

Entre un an et deux il a eu trois attaques de cyanose, qui paraissent avoir été provoquées par des émotions. A 18 mois, il a été circoncis. A partir de ce moment il a présenté de l'eczéma au niveau des jointures et entre les bourses et l'anus. Cela disparaissait en appliquant de la pommade à l'oxyde de zinc, et revenait à chaque instant ; mais depuis le mois de janvier il s'est fait une poussée au menton, aux deux bras, au cou. Depuis que nous habitons la campagne, il est bien portant comme état général, mais il lui arrive la nuit d'avoir des démangeaisons insupportables, et malgré la surveillance il parvient quand même à se mettre toutes les parties à vif. »

J'ai tenu à copier textuellement les renseignements que m'a donnés par écrit le père du jeune malade. Ces renseignements ont, il me semble, une valeur considérable surtout si on les complète par l'histoire clinique actuelle de l'enfant et de son père.

Le 15 mars 1895, le jeune D... venait consulter pour une éruption, présentant l'aspect suivant :

Dans les plis fessiers, aux creux poplités, au périnée, existaient des placards ressemblant à de l'intertrigo, mais s'en différenciant par certains caractères.

Ces placards ne se limitaient pas seulement aux plis, mais tendaient à envahir irrégulièrement les parties voisines. Leur fond était constitué par

une plaque d'épaississement cutané érythémateuse et fendillée. Le fond érythémateux était pauvrement et finement squameux, avec des parties légèrement excoriées par le grattage, qui était par moment très intense.

L'épaississement de la peau était nettement perçu au toucher, il n'y avait pas de suintement. L'affection avait débuté, d'après la mère de l'enfant, par de petits boutons secs et des démangeaisons. Cliniquement, ces plaques rappelaient l'aspect d'un eczéma sec, d'un eczéma lichénoïde ou lichénifié. Il n'avait pas d'autres éléments éruptifs sur le corps et n'avait de démangeaisons qu'au niveau des placards.

L'enfant est vu de nouveau en décembre 1895. Même état des placards éruptifs. Sibillances dans la poitrine.

Revu en mars 1896, l'enfant présente autour des lèvres et sur le menton une éruption maculeuse, érythémateuse, d'un jaune chamois, d'aspect syphiloïde, avec squames et fissures superficielles rappelant l'affection appelée : eczéma sec péri-buccal.

A la face externe du bras gauche, du tiers inférieur de l'avant-bras droit, entre l'anus et les bourses, sur les bourses, série de placards circonscrits, de forme généralement nummulaire, de dimensions variables, de la grandeur d'une pièce de cinq francs environ pour le bras gauche.

Ces placards sont secs, lichénoïdes d'aspect, constitués par un épaississement de la peau avec plis marqués, léger érythème et desquamation fine à la surface.

Ces placards sont prurigineux. Objectivement ils ont à la fois l'aspect du lichen plan modifié, de l'eczéma séborrhéique et par places de placards de névrodermite.

L'enfant n'a pas de séborrhée du cuir chevelu, il ne présente aucune altération organique, on note seulement une circulation veineuse thoracique très accentuée.

Ces placards ont donc une assez longue durée. Mais un de leurs caractères très important à retenir est : qu'il ne se sont pas étendus notablement pendant l'espace d'une année.

Ils sont restés limités, conservant le même caractère « lichénoïde », et le grattage quoique vif, n'a déterminé ni excooriationes manifestes, ni production secondaires de croûtes ou de lésions suppuratives.

Mais malgré le traitement les placards n'ont pas bougé et il est survenu autour des lèvres des lésions analogues, ayant le même caractère lichénoïde : prurigineuses et sèches.

Quelle est cette affection cutanée, quel nom lui donner, quelle en est la nature?

L'histoire clinique héréditaire du jeune malade ayant été longuement racontée; j'insiste surtout sur un point : l'hérédité de la scrofulo-tuberculose, dans une famille, à travers plusieurs générations et la présence d'un lupus tuberculeux de la joue chez le père de B...

Cette observation n'est pas isolée; j'ai recherché et rencontré dans nombre de cas la coïncidence de cette eczématisation et d'une hérédité scrofulo-tuberculeuse.

En voici quelques exemples pris au hasard des observations :

I. — U..., 7 ans, père mort de phthisie, la mère hégaye et a des crises d'hystérie, la maladie de l'enfant date d'un mois, les placards siégeant à la face, à l'avant-bras, à la fesse, aux parties antérieures des cuisses, rappellent à la face l'affection dénommée vulgairement dartre (farineuse); dans les autres points aspects de placards papulo-érosifs conglomérés, érythémato-squameux.

II. — D..., 3 ans et demi, père atteint de phthisie pulmonaire, l'enfant présente une tuméfaction marquée de la rate, il a depuis deux ans des placards érythémato-squameux et papulo-squameux conglomérés irrégulièrement disséminés sur le tégument.

III. — C..., 5 ans, sa mère a fait une fausse couche de deux mois, un de ses frères est mort de méningite, les autres sont atteints de scrofulo-tuberculose et d'adénites suppurées; lui-même a eu de l'impétigo pendant un an et demi, il tousse, il est chétif, maigriot. L'affection a débuté il y a dix mois, s'accompagne de prurit et siége à la fesse et sur les membres sous formes de placards éruptifs eczématiformes.

IV. — H..., 12 ans, a une sœur qui présente des cicatrices au cou, consécutives à des adénites suppurées; il a depuis 7 ans des placards prurigineux qui siègent au poignet et aux fesses et, en outre de l'eczéma sec péri-labial.

V. — P..., 4 ans, tousse continuellement, a des poussées fébriles, sa mère a une coxalgie, son père une bronchite chronique, un de ses frères est mort d'entérite; depuis six mois au niveau du creux poplité et du cou se sont développés des placards érythémateux squameux d'aspect lichénoïde.

Je pourrais citer d'autres exemples aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant. Dans la plupart de ces observations à côté des antécédents scrofulo-tuberculeux on trouve quelquefois des antécédents nerveux. Il y a là deux points essentiels à retenir pour expliquer la pathogénie de ces eczématisations; nous y reviendrons,

Je signale d'abord les modalités cliniques qui me semblent se rencontrer dans la plupart de ces cas et caractérisent cette variété d'eczématisation. Ce sont :

- 1° La présence de placards éruptifs circonscrits et limités, généralement multiples, ayant l'aspect d'eczématisation et de lichénification;
- 2° Leur absence de symétrie;
- 3° Leur fixité de siège et leur peu de tendance à la généralisation;
- 4° Leur longue durée;
- 5° L'existence d'un prurit localisé seulement au niveau des placards; et l'apparition simultanée de l'éruption et du prurit;
- 6° L'inefficacité des traitements habituels de l'eczéma : les scarifications et les applications d'emplâtre rouge étant quelquefois nécessaires pour obtenir leur guérison;
- 7° Enfin, comme caractère dominant tout l'ensemble : l'existence

chez le malade d'antécédents scrofulo-tuberculeux, soit individuels soit familiaux.

Les caractères de cette eczématisation étant spécifiés, quel nom lui donner? Ce n'est sûrement pas un eczéma, si on s'en rapporte aux descriptions classiques de cette maladie.

Elle tient plutôt le milieu entre les prurigos diathésiques eczématisés et les névrodermites lichénifiées.

Elle débute en effet par des papules de prurigos, puis à sa période d'état elle est de tous points semblable à une plaque de névro-dermite. Comme les prurigos elle est diathésique, comme les névrodermites elle a comme élément pathogénique le prurit.

A cela se bornent les ressemblances et on pourrait dire qu'il s'agit d'un prurigo lichénifié.

Les dissemblances existent et assez nettes pour réparer cette eczématisation, du prurigo et des lichénifications primitives.

Dans un travail ultérieur, je tâcherai d'ajouter l'anatomie pathologique et de creuser plus à fond la question.

Ce que je voulais seulement faire remarquer aujourd'hui c'est la relation entre cette eczématisation et la scrofulo-tuberculose. Relation : plus que simple coïncidence.

Je n'apporte aucune preuve certaine de cette relation en dehors de l'histoire clinique, c'est pourquoi j'ai intitulé cette communication : Dermite eczématiforme en placards et tuberculisation.

Par cette désignation j'ai voulu dire que cette dermite me semble être l'expression très bénigne d'une tuberculose atténuée par le passage à travers des généralisations successives. La série héréditaire constituant une véritable maladie familiale : ayant comme début une tuberculose généralisée; comme suite, dans la série des générations successives des tuberculoses de plus en plus atténuées, généralement locales; comme fin, de véritables affections para-tuberculeuses, dont l'expression la plus bénigne serait une *prédisposition à la Dermite eczématiforme en placards*. Dermite de tuberculisables, non tuberculisés, mais graines de tuberculeux, selon la forte expression du professeur Landouzy.

M. AUGAGNEUR. — Si l'on veut regarder de près cette lésion et rechercher sa nature, on voit qu'elle se rapproche beaucoup du prurigo d'Hébra. Celui-ci avait déjà indiqué la terminaison fréquente de son prurigo par la tuberculose pulmonaire, qui était fatale après quinze, dix-sept ou dix-huit ans. Je pense que c'est une exagération, et le grand intérêt de cette question n'est pas dans le rapport que l'on peut établir entre la lésion et l'hérédité tuberculeuse des malades qui la portent. Je tiens à dire qu'on ne peut songer un seul instant à une lésion anatomiquement tuberculeuse; on n'y trouve pas de bacilles: il faut écarter tout rapport entre l'éruption elle-même et la tuberculose. J'interpréterai tout autrement la corrélation

entre les deux affections, l'une non tuberculeuse, l'autre tuberculeuse. Le prurigo de Hébra, ainsi que j'ai pu l'observer à l'Antiquaille, est une maladie de misère. Dans une enquête que j'ai faite à cet égard, j'ai pu constater qu'il ne se montrait que chez les malades en proie aux plus mauvaises conditions hygiéniques et on s'explique que ces familles dans des conditions semblables, ayant hérité du terrain que leur ont transmis des ascendants tuberculeux et sur un membre desquels se développe le prurigo, celui-ci ne soit que la maladie d'attente et que plus tard apparaisse la tuberculose.

M. HALLOPEAU. — Il y a, chez ce malade, au niveau des bras et du ventre des lésions polymorphes, parmi lesquelles du lichen scrofulosorum que je considère comme tuberculeux.

M. DU CASTEL. — Je suis surpris de voir des lésions considérées comme des tuberculoses de la peau, chez des malades qui ne sont pas des « espoirs » de tuberculeux et il me semble que c'est élargir à tort le cadre de la tuberculose cutanée.

M. GASTOU. — Je n'ai pas présenté ce malade comme un tuberculeux. Il a un eczéma, mais n'est-il pas intéressant de rechercher ce qu'est cet eczéma — qui peut avoir toutes les origines. Ce sont des enfants chez lesquels on trouve une hérédité tuberculeuse, mais qui n'ont pas de lésions tuberculeuses ; c'est un eczéma vulgaire, mais chez ces sujets il présente une forme spéciale.

M. FEULARD. — Je pense qu'il s'agit chez cet enfant de lésions eczématoïdes consécutives à un prurigo. Les cas de ce genre sont fréquents à la consultation de l'hôpital des Enfants Malades. Il s'agit le plus souvent d'enfants dont l'alimentation est vicieuse, surtout d'enfants nourris trop tôt ou abondamment avec de la viande, et buvant du vin et du café.

Le prurigo ne se rencontre pas que chez des enfants appartenant à des familles de misérables. Le prurigo se rencontre également dans la classe aisée et dépend le plus souvent de fautes d'alimentation : seulement, chez les petits malades de cette catégorie, la maladie est plus suivie et mieux traitée et prend rarement une extension aussi grande que chez les autres. Chez ces derniers, exposés à la contagion de la tuberculose si fréquente dans les familles de pauvres gens logés trop souvent dans une seule pièce, rien d'étonnant à ce que la peau, perpétuellement irritée et excoriée, soit une porte toujours ouverte à l'infection bacillaire, que celle-ci reste localisée dans la peau ou devienne viscérale. L'observation que j'ai donnée à la dernière séance relative à une contagion de ce genre à la suite d'une varicelle, maladie de courte durée et altérant relativement peu la peau, montre comment le même fait peut aisément se produire sur des enfants atteints de prurigo plus ou moins eczématisé chez lesquels le tégument est le siège de multiples excoriations.

M. BESNIER. — Le prurigo n'est pas une maladie à point de départ unique, et ses causes originelles peuvent être multiples.

Au sujet du petit malade présenté par M. Gastou, la seule divergence

d'opinion que je veuille retenir se montre dans l'existence ou non de lésions tuberculeuses de la peau. La nature de ces lésions sera facile à contrôler et la biopsie permettra de vérifier s'il existe ou non des caractéristiques tuberculeuses.

Folliculitis scrofulosorum.

Par M. DU CASTEL.

La malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société est âgée de 17 ans et demi, et est entrée dans le service le 18 mars dernier.

Elle n'a aucun renseignement précis sur ses antécédents de famille. Elle sait seulement qu'ils étaient 12 enfants et que 7 d'entre eux sont morts. Elle a encore 2 frères vivants et 2 sœurs bien portantes.

Elle a été réglée à 16 ans et demi.

Elle a eu la fièvre typhoïde à 12 ans. Il y a six mois elle a eu à la suite un érysipèle et une scarlatine.

C'est à 14 ans qu'ont débuté les adénopathies cervicales qu'elle présente. A plusieurs reprises ces adénopathies ont suppuré et on a été obligé de les ouvrir au bistouri. Elle a eu également une adénopathie axillaire droite qui s'est résolue spontanément; à 14 ans et demi la malade vient à Paris où l'on se borne à inciser de temps à autre les abcès ganglionnaires. On a prescrit également l'huile de foie de morue et l'iodure. Mais ce traitement n'a jamais été suivi sérieusement.

Les adénopathies ont toujours persisté, donnant issue à du pus de temps à autre, se tarissant pendant quelques temps.

En août dernier a débuté l'éruption pour laquelle la malade est venue consulter. Cette éruption s'est constituée en trois ou quatre jours sur les jambes.

Les boutons étaient caractérisés, au dire de la malade, par de petits éléments rouges quelques-uns surmontés d'un point blanc. A plusieurs reprises la malade a percé avec une épingle ces petites vésicules dont il s'est écoulé un liquide aqueux et purulent. Ces boutons perçaient spontanément dans le bain et étaient remplacés par une petite squame.

Actuellement la malade présente des adénopathies dans les régions sous-maxillaires et sous-mentales. Ces régions sont recouvertes de cicatrices chéloïdiennes, et de gommes tuberculeuses cutanées : à droite une fistule suppure en ce moment.

Aux membres supérieurs l'éruption occupe presque uniquement le côté de l'extension depuis le poignet jusqu'à l'épaule. A ce niveau on voit des taches arrondies violacées et livides, traces évidentes de lésions éteintes; des papules de la grosseur d'un grain de millet, quelques-unes sont surmontées d'une petite croûte. D'autres sont entourées d'une très fine collerette. Ces éléments sont disséminés sur la face postéro-externe du membre inférieur, isolés ou en petits groupes. La peau qui les sépare pré-

sente une teinte légèrement livide due à ce que chaque follicule pileux est entouré d'une légère zone rougeâtre.

On voit également en certaines régions, principalement aux coudes, mêlés aux éléments rouges, de toutes petites cicatricules blanches, lisses, légèrement déprimées et qui répondent aux éléments guéris.

Il existe également quelques éléments aigus caractérisés par de plus grosses papules acuminées recouvertes quelques-unes d'une petite pustule.

Aux *membres inférieurs* l'éruption s'étend depuis les chevilles sur toute la jambe et la cuisse et sur les fesses.

L'éruption a le même aspect.

Rien sur le corps, ni sur la face.

(Observation recueillie par M. Jacobson, interne du service.)

Cette malade me paraît présenter un des types si variés des lésions que peuvent présenter les sujets atteints de tuberculose et particulièrement de tuberculose ganglionnaire ; car ce sont incontestablement les sujets atteints de tuberculose ganglionnaire ulcérée qui offrent les exemples des lésions décrites sous les noms de lichen, de folliculite scrofulosorum.

Quelques faits me paraissent importants à relever, le mode de début de l'éruption qui s'est développée brusquement et a occupé dans l'espace de quatre jours toutes les régions qu'elle occupe aujourd'hui ; la persistance de l'éruption depuis lors, non pas que chaque élément persiste longtemps, mais par la répétition d'éruptions successives ; la localisation de l'éruption limitée aux membres supérieurs et inférieurs ; le polymorphisme de l'éruption s'arrêtant ici à une simple papule, donnant là une papule recouverte d'une mince squame ou même portant une petite vésico-pustule à son sommet.

Syphilis acquise dans la première enfance ; infantilisme consécutif.

Par MM. EUDLITZ et BARASELI.

L. G..., âgé aujourd'hui de 24 ans, a été présenté à la Société il y a quatorze mois (séance du 10 janvier 1895). Depuis il a été assez régulièrement suivi et traité, et son état n'a subi aucune modification appréciable. Il n'a eu aucune maladie intercurrente. Les douleurs siégeant dans les membres inférieurs et qui avaient paru antérieurement céder sous l'influence de l'iodure de potassium, ont reparu. Il accuse de plus des sensations nerveuses très variables.

La taille actuellement mesure 1^m,40.

M. BESNINA. — Dans la série des parents, n'a-t-on trouvé aucun anté-

cèdent nerveux, épileptiques ou autres. La syphilis agit sur les centres nerveux, mais n'agit pas manifestement chez tous les individus, elle n'agit que chez ceux qui sont prédisposés à l'action de l'agent nocif.

M. AUGAGNEUR. — Quels autres symptômes, autres que l'infantilisme a présenté le malade? Dans la thèse de Roussel il n'est pas cité un seul cas d'infantilisme par syphilis acquise, tandis que le fait s'observe fréquemment dans la syphilis héréditaire. Celui-ci se voit chez les individus profondément atteints, c'est une véritable intoxication du système nerveux.

L'intensité de la syphilis joue certainement un rôle dans la production de ce phénomène, dont peut-être on pourrait trouver l'explication dans le mécanisme de l'infection qui varie dans les deux cas. En effet, dans la syphilis héréditaire, l'inoculation se fait par la voie sanguine et produit par conséquent une infection générale, tandis que dans la syphilis acquise, l'infection se fait localement et n'atteint par conséquent pas d'emblée tous les organes et peut être atténuée par des phénomènes de phagocytose.

Ulcérations tuberculeuses de l'anus et du doigt.

Par M. DU CASTEL.

J'ai présenté un malade dans une des précédentes séances pour lequel j'avais porté le diagnostic de lésions tuberculeuses du doigt. M. Fournier a émis la possibilité d'une éruption arsenicale. Or j'ai recherché si cette hypothèse pouvait être admise. Le malade travaille le cuir et en particulier le cuir de Russie où il existe de l'arsenic, en très faible quantité.

Depuis un mois, le traitement n'a nullement modifié l'ulcération qui a plutôt grandi que diminué. C'est donc une évolution contraire à celle qui eût existé si l'arsenic était en cause, et se trouve être une confirmation de l'hypothèse que j'ai émise d'ulcération tuberculeuse. Du reste le malade a déclaré que chez ses camarades on ne voyait jamais d'ulcérations semblables aux doigts. Les bacilles ont été recherchés mais n'ont pas été trouvés, ce qui n'infirme en rien le diagnostic de tuberculose, puisqu'en dehors des bacilles on trouve des cellules géantes en nombre considérable.

Sur une érythrodermie mycosique avec hyperkératose plantaire et palmaire et peut-être néoplasie initiale.

Par MM. H. HALLOPEAU et G. BUREAU.

Le malade que nous avons l'honneur de vous présenter offre un bel

exemple de cette forme érythrodermique de mycosis que l'on sait reconnaître aujourd'hui et que caractérisent surtout l'intensité du prurit, l'épaississement de la peau, la présence de saillies nodulaires et de volumineuses adénopathies. A côté de ces caractères communs, il présente, comme il est de règle dans cette maladie, plusieurs particularités dignes d'intérêt : son histoire peut-être résumée ainsi qu'il suit :

Louis D..., 73 ans, entre le 25 décembre 1895, hôpital Saint-Louis, pavillon Gabrielle, n° 21.

Son affection a débuté, il y a trois ans, par de violentes démangeaisons généralisées sur tout le corps ; le prurit a toujours persisté depuis lors ; il y a six ou huit mois seulement est survenue la rougeur des téguments ; elle a débuté par le tronc pour s'étendre ensuite aux membres et à la face.

Actuellement, ce malade présente une érythrodermie généralisée. Toute la surface tégumentaire offre une teinte rouge foncée, violacée, livide même par places en même temps qu'il existe une légère exfoliation épidermique. La peau est remarquable par son épaississement et son état extraordinairement plissé, ce qui la fait paraître comme trop grande pour le corps qu'elle recouvre. Cette érythrodermie détermine un prurit extrêmement intense, accusé surtout la nuit ; on voit du reste sur le corps de ce malade de nombreuses excoriations, traces de grattage ; il n'y a pas de *prurigo*.

La face présente sur toute son étendue la teinte rouge foncée, avec épaississement du derme et exfoliation épidermique. Il y existe un ectropion assez prononcé des deux côtés. On voit, notamment sur les joues et le cou, un grand nombre de petites tumeurs dont la plupart ne sont autres que des *nævi*, mais qui auraient notablement augmenté de volume depuis le début de l'affection actuelle. Les deux oreilles sont aussi notablement épaissies.

Le tronc offre les mêmes altérations, peut-être encore plus accentuées. On y voit également de nombreux *nævi*, mais on sent en outre, en divers endroits, et notamment à la partie supérieure du dos, des épaississements partiels du derme, légèrement saillants, durs, résistants et formant de petites tumeurs dont les dimensions varient de celles d'une lentille à celles d'une pièce de 50 centimes.

Sur les bras, l'aspect de la peau est le même. La paume des mains est profondément altérée ; l'épiderme y est très épais, les plis y sont plus nombreux et plus profonds que normalement et il y a exfoliation de grands lambeaux épidermiques. Sur le dos de la main, la peau épaissie, rouge foncée, violacée, offre une surface inégale due à une quantité de petites nodosités que l'on sent comme enchassées dans le derme ; elles sont isolées ou confluentes ; elles forment ainsi des groupes qui atteignent les dimensions d'une pièce d'un franc ; leur consistance est ferme. Du côté des ongles, il existe des troubles trophiques très prononcés ; leur surface irrégulière et striée longitudinalement offre l'aspect d'une moelle de jonc.

Aux membres inférieurs, l'érythrodermie est la même. Un peu au

dessous du pli inguinal gauche, existe une petite tumeur arrondie violacée, du volume d'un petit haricot, lisse, mollasse, à contour irrégulièrement circulaire; elle se détache nettement des parties voisines par un sillon superficiel. Le malade ne peut en préciser le début, mais il affirme qu'elle a de longtemps précédé l'éruption généralisée. Sur divers autres parties du même membre, on sent des épaississements partiels du derme atteignant comme dimensions moyennes celles d'une pièce de 50 centimes.

Sur le membre inférieur droit, à la partie supéro-interne du creux poplité, se trouve une plaque surélevée, indurée, formant tumeur allongée transversalement et mesurant six centimètres de longueur sur un et demi de largeur. Cette tumeur est bien différente de celles que nous avons vues disséminées en différents endroits chez ce malade et qui ne sont pour la plupart que des nævi; ici, il s'agit, à n'en pas douter, d'une tumeur mycosique.

Du côté du pied, il existe une hyperkératose très prononcée. Toute la plante du pied est recouverte par une prolifération épidermique, cornée, abondante, qui parcourt des sillons irréguliers et profonds, limitant entre eux des sortes de départements à contours polycycliques.

Les adénopathies sont prononcées. Dans les aines et les aisselles, on sent de nombreux ganglions dont quelques-uns atteignent le volume d'une petite noix.

Dans ce cas d'érythodermie mycosique généralisée, nous voyons, ainsi que cela a régulièrement lieu dans cette affection, que cet homme ne présente sur le corps aucune lésion de *prurigo*, malgré un prurit assez intense pour y occasionner de nombreuses lésions de grattage et empêcher le sommeil. Il nous offre aussi une lésion très intéressante: c'est l'hyperkératose plantaire et palmaire qui atteint chez lui une intensité exceptionnelle.

Un autre point délicat, chez ce malade, est la présence de ces nombreux nævi qui rendent difficile la recherche des tumeurs mycosiques; on peut, en effet, se demander si les différentes tumeurs que l'on rencontre chez lui ne sont pas toutes de cette nature; elles se seraient seulement accrues ou auraient apparu sous l'influence de l'érythodermie; mais certaines de ces tumeurs, et entre autres celle qui existe au creux poplité droit, offrent un aspect qui ne permet pas le doute sur leur nature mycosique. Quant à la petite nodosité située à la partie supérieure de la cuisse gauche, elle s'est produite alors qu'il n'y avait encore ni rougeur, ni épaississement de la peau; elle rappelle par son aspect celles que l'un de nous, dans trois autres cas de la même maladie, a considérées comme pouvant en être l'accident primitif: peut-être faut-il voir de même en elle l'accident initial de l'affection actuelle; elle serait ainsi comparable au chancre induré, à la néoplasie primitive signalée dans la lèpre par Marcano et Wurtz, à la plaque de Brocq dans le pityriasis rosé, au tubercule anatomique.

Sur les formes frustes ou abortives de la lèpre.

Par M. EDVARD EHLENS (de Copenhague).

Il y a dix ans M. Arning (de Hambourg) s'exprimait ainsi dans son rapport officiel adressé au gouvernement des Iles Sandwich (1) :

Il me semble maintenant hors de doute qu'on peut observer dans ces Iles, un grand nombre de malades, qui ne présentent et n'ont jamais présenté pendant nombre d'années qu'un ou deux symptômes de la lèpre, symptômes appartenant surtout au groupe des lésions nerveuses. Je désigne ces cas par le nom de « lèpre abortive » et je pense, qu'on peut les considérer comme appartenant à une forme qui indique l'affaiblissement de la virulence de cette affection ». M. Arning ajoute qu'il a porté son attention d'une manière toute particulière sur les symptômes de ces cas récents, ou abortifs, car le diagnostic de la lèpre dans ces cas-là, est d'une grande difficulté et devient plus discutable que dans les cas avérés.

Il a pris les observations détaillées de tous ces cas, dans l'espoir que ses notes auront un jour de la valeur, car il s'était proposé de se renseigner ultérieurement sur le sort de ses malades pour savoir, si le virus de la lèpre n'était que latent ou réellement éteint.

Mon savant confrère, dans une lettre, qu'il m'a adressée le 5 octobre 1895, s'exprime d'une façon un peu plus nette. Voici ce qu'il dit :

« Je me suis servi de cette expression de « lèpre abortive » pour désigner certains états, qu'on pouvait observer à Hawaii. Il s'agissait d'analgies et d'atrophies musculaires localisées ayant atteint par exemple le muscle orbiculaire d'un œil ou seulement l'éminence hypothénar et qui avaient existé pendant dix ou vingt ans sans entraîner jamais d'autres troubles, de sorte qu'on pouvait supposer que la lèpre avait pénétré dans l'économie, mais qu'elle y avait eu le dessous n'ayant provoqué que des troubles tout à fait insignifiants.

Depuis son rapport, Arning n'a jamais rien publié sur ce point, probablement parce que sa mission aux Iles Sandwich s'est terminée de la façon brusque, que vous connaissez sans doute et parce qu'à Hambourg notre confrère n'a plus eu l'occasion d'avoir des nouvelles de ses malades ; toutefois il est juste, de reconnaître à Arning la priorité dans cette question, qui est d'une importance capitale pour nos idées sur la pathologie des maladies infectieuses chroniques.

Vous n'ignorez pas, Messieurs, que notre grand maître Armauer Hansen et son élève Looft en sont venus dans leur dernier livre (2) à

(1) *Appendix to the report on leprosy of the president of the Board of Health, Honolulu, 1886, p. XXXVIII.*

(2) *Die Lepre vom Klinischen und pathologisch anatomischen Standpunkt Billroth's medica. D. II, Heft 2, Cassel 1894, p. 26.*

proclamer la lèpre anesthésique comme la guérison de la lèpre, opinion que je suis loin de partager, mais qui de la part de ces deux autorités mérite bien notre attention. Nos confrères de Bergen disent :

« Comme le démontre la description que nous venons de donner de l'évolution de la maladie, les lésions spécifiques de la lèpre disparaissent peu à peu et il n'en reste que leurs suites : en d'autres termes, *la lèpre guérit* ; la plupart de nos malades maculo-anesthésiques passent avec le temps à la forme anesthésique pure ; ils ne sont plus atteints de la lèpre, mais ils souffrent seulement des suites de cette affection. »

Je suis loin de partager la manière de voir de nos deux distingués collègues norvégiens, car il me semble qu'il faut reconnaître à la lèpre anesthésique la même tendance à progression, que possède le tabes syphilitique. Je dirai même que pour moi la lèpre anesthésique est une affection absolument analogue à l'ataxie locomotrice et je pense bien que l'avenir démontrera que toutes les deux lésions sont d'origine périphérique, débutant dans les nerfs périphériques, amenant successivement des paresthésies, des douleurs, des anesthésies, des atrophies musculaires et des paralysies, enfin tous les symptômes de destruction des nerfs avec dégénérescences consécutives dans la moelle épinière. Mais les deux affections sont *progressives*, et on ne peut pas parler de guérison, parce que le malade est arrivé à la période anesthésique *pure*. D'un autre côté c'est bien dans ce groupe de lèpre nerveuse qu'on rencontre des cas qu'on serait tenté de considérer comme des cas de guérison. — Les observations dont j'aurai l'honneur de vous parler et les observations dont a parlé Arning ne sont pas faciles à recueillir, car les malades en question ne se croient pas atteints de lèpre, ils se croient peut-être tout au plus atteints d'une maladie nerveuse ; c'est au neurologue, qu'ils s'adressent de préférence. — Pour y parvenir il faut vivre longtemps parmi les lépreux comme l'a fait Arning ou il faut faire ce que j'ai fait en Islande. Je suis allé de maison en maison dans les foyers lépreux, j'ai fait déshabiller tous les habitants et je les ai examinés en portant une attention toute spéciale aux personnes qui se croyaient saines mais qui vivaient (en promiscuité) sous le même toit avec des lépreux. De cette façon il m'a été possible de constater qu'à côté des personnes qui sont atteintes d'une lèpre manifeste aux yeux de tout le monde, il y a des personnes qui ne présentent qu'un ou deux symptômes isolés de la lèpre. J'ai cherché d'abord parmi les époux et j'ai gagné la conviction que la lèpre conjugale n'est guère plus rare, que la syphilis conjugale. Parmi mes 122 observations de lèpres islandaises publiées in extenso en français par mon ami et collègue Bichmüller (Thèse de Paris, 1896) je ne compte pas moins de sept personnes

(obs. n° 41, 52, 54, 56, 96, 114, et 119) qui ont pris leur lèpre par cohabitation.

Je prétends que la lèpre conjugale a une certaine tendance à revêtir la forme anesthésique et une forme généralement bénigne. Des 7 personnes citées, 5 étaient atteintes de la forme nerveuse. A ce propos je suis même tenté d'admettre qu'il en est de la lèpre comme il en est de la syphilis, où l'un des conjoints reste apparemment sain et immunisé contre la syphilis de l'autre conjoint comme il est admis dans la loi de Colles-Baumès. Les cas que je me permettrai de soumettre aujourd'hui à l'appréciation des Membres de la Société sont au nombre de 3 :

Dans la première (obs. 54), il s'agit d'une femme de 53 ans, mariée à un paysan souffrant depuis huit ans de la lèpre tuberculeuse. Les époux ont neuf enfants vivants dont un garçon atteint de lèpre maculeuse.

Il y a cinq ou six ans, ma malade eut des malaises, des vertiges et beaucoup de frissons. Les douleurs rhumatismales, dont elle souffrait depuis vingt ou trente ans dans la tête, les poignets, les bras et les genoux, augmentèrent. J'ai pris ces symptômes pour le déclin de sa maladie.

Il y a à peine un an elle remarquait, sur les avant-bras une éruption suivie de démangeaisons après avoir lavé le linge de son mari. Il existe actuellement au niveau du poignet droit, à la partie inférieure du cubitus une tache de la grandeur d'une main d'enfant. En se grattant elle s'aperçut que cette tache était insensible. On y trouve, en effet, de l'analgésie prononcée, mais pas d'anesthésie. La peau dans la moitié de cette tache est tubéreuse et érythémateuse. Pas d'épaississements nerveux. Les petits doigts des deux mains présentent une contracture du côté de la paume de la main au début. Mais ces deux symptômes-là sont en somme tout ce qu'on découvre comme indiquant une lèpre nerveuse ; il ne me semble pas possible d'hésiter.

La deuxième (obs. 67) concerne un paysan de 67 ans ayant contracté la lèpre en hébergeant pendant trois ans une paysanne atteinte de lèpre tubéreuse. La maladie a éclaté chez lui trois ans après le départ de la femme malade par le développement au genou droit d'un ulcère qui ne voulait pas se cicatriser ; il a senti alors qu'il y avait de l'anesthésie du genou. Il y a trois ans, un mal perforant parut à la plante du pied droit, qui également ne voulait pas guérir. Après son apparition tous les orteils de ce pied furent anesthésiés, et sont maintenant le siège d'un œdème scléro-dermoïdique.

En outre des anesthésies mentionnées, j'ai découvert à l'examen de l'analgésie de la grandeur d'une main d'enfant au-dessus de la gouttière cubitale, voilà toutes les lésions que sa maladie a provoquées pendant onze ans.

La troisième malade (obs. 119) est une femme de 53 ans mariée avec un paysan atteint de lèpre anesthésique.

La maladie a commencé il y a vingt ans.

La sensibilité chez cette femme est diminuée aux avant-bras : elle ne peut

pas coudre; elle perd l'aiguille. Elle souffre en outre de névralgies violentes surtout sciatiques, qui la forcent à boiter toujours sur sa jambe droite. Il y a légère contracture du quatrième et cinquième doigt des deux mains, mais pas d'autres symptômes de lèpre.

Pour conclure, je dirai que la lèpre se comporte comme les autres infections chroniques, que nous connaissons; elle a des formes graves et des formes bénignes. Il est tout naturel que les formes graves aient toujours attiré l'attention des malades et des médecins. Mais les formes bénignes doivent exister et existent sûrement. Il faut les chercher dans les pays lépreux et les étudier d'une façon plus complète que je n'ai pu faire pendant mes deux voyages de reconnaissance en Islande.

M. VÉRITÉ. — Je ferai remarquer :

1° La lèpre anesthésique, la lèpre maculeuse, et la lèpre tuberculeuse ne sont pas trois stades d'une même maladie ;

2° Il ne faut pas confondre l'anesthésie lépreuse avec l'anesthésie hystérique qui peut se rencontrer dans les milieux où sévit la lèpre ;

3° Le malade qui a de l'anesthésie ne peut être considéré par cela même, comme guéri, car on a vu des cas où, après les plaques d'anesthésie est survenue la lèpre tuberculeuse. La lèpre anesthésique n'est pas une forme atténuée; ce n'est qu'une période de la maladie.

M. EHLERS. — Je n'ai parlé que des cas de lèpre nerveuse vraie. Les malades peuvent passer de la lèpre tuberculeuse à la lèpre anesthésique. Pourquoi ne pas appeler *fruste* une telle affection puisqu'elle ne présente qu'un seul des symptômes de la lèpre.

Statistique vénéréologique (1).

Par M. BARTHÉLEMY.

INFIRMERIE SPÉCIALE DE SAINT-LAZARE. — Service de M. le D^r BARTHÉLEMY.

Année 1894 (157 observations).

Résultats généraux comparés à la statistique précédente années 1892-1893 (374 observations):

DU 1^{er} JANVIER
AU 31 DÉCEMBRE 1894

DU 1^{er} AOUT 1891
AU 31 DÉCEMBRE 1893

ENTRÉES. SORTIES. SÉJOURS

a) Entrées.....	157	374
b) Sorties.....	168	329
(dont 34 sorties de malades entrées en 1893).		

(1) Cette statistique a été faite, sous ma direction, par mon amiable D^r Jacques, sur les observations dictées ou prises par moi ou par M. Guadalupe, interne du service; à ces deux collaborateurs, qu'il me soit permis d'adresser ici tous mes remerciements.

c) <i>Séjours.</i> — Femmes venues pour la première fois à St-Lazare...	87	222
Femmes ayant déjà fait, de 1 à 10 séjours.....	70	152
		(de 1 à 7 séjours).
La malade comptant le plus de séjours antérieurs, venait pour la 10 ^e fois.....		8 ^e fois.
Avaient déjà été soignées pour leur affection spéciale, dans divers hôpitaux.....	10	16
Sont entrées 2 fois dans le courant de la même année.....	7 f.	20 f.
<i>Durée des séjours.</i> — La durée moyenne de traitement à l'infirmerie a été de.....	66 jours	même résultat.
Séjour <i>minimum</i>	1 jour.	2 jours.
— <i>maximum</i>	1 an 6 m.	1 an 7 m.
Sont restées de 31 à 60 jours.....	45 f.	123
» de 16 à 30 ».....	33 f.	
» de 1 à 15 ».....	16 f.	38
» plus de 7 mois.....	7 f.	7
» un temps variant entre 16 jours et 7 mois.....	145	284

AGES DES MALADIES

La plus jeune, avait.....	15 ans	16 ans
La plus âgée, avait.....	61 ans	52 —
L'âge moyen a été.....	25 ans 3 m.	24 — 1/2
Le plus grand nombre avait.....	(144)	
De 21 à 25 ans.....	(46)	
De 16 à 20.....		
Avaient : plus de 40 ans.....	10	18
— entre 20 et 40 ans.....	101	242
— de 15 à 20 ans.....	39	

La comparaison entre les femmes originaires de Paris et celles de la province, donne :

	PARISIENNE	PROVINCIALE	PAR.	PROV.
Age <i>minimum</i>	15	15 1/2	16	16 1/2
— <i>maximum</i>	35	61	48	50
— <i>moyen</i>	18 1/2	27	22	25 1/2

LIEUX DE NAISSANCE

(123 connus)		(268)
Parisiennes (nées à Paris ou dans le département de la Seine).....	39	86
Provinciales	80	172
Etrangères	4	10
Après le département de la Seine, ceux qui ont compté le plus, ont été:		
Seine-Inférieure.....	7	8
Seine-et-Oise.....	6	6
Côtes-du-Nord.....	4	6
Haute-Loire	4	
Ille-et-Vilaine.....	4	5
Finistère		7
Seine-et-Marne		8

Viennent ensuite, dans les deux statistiques :
Haute-Saône, Marne, Loiret, etc.

MENSTRUATION

a) <i>Âges de la première apparition des règles</i> (120 connus).....		(265)
Age minimum	9	10
— maximum	21	même résultat.
— moyen.....	14 1/2	
Le plus fréquent a été:.....	15 ans	14
Réglées avant 15 ans	57 f.	181 f.
N'étant plus réglées	7 f.	4 f.
b) <i>Dates des règles (chaque mois)</i> (86 connues)		200
La date la plus fréquente a été : entre le 15 et le 20 du mois		même résultat.
Ensuite vient : entre le 5 et le 10		le 25 et le 31.
la moins fréquente a été entre le 1 ^{er} et le 5...		même résultat.
Réglées avant le 15 du mois.....	35 f.	90 f.
— après — —	46 f.	110 f.
c) <i>Durée des règles.</i> — La durée la plus fré- quente a été : 4 jours		même résultat.
la durée moyenne 3 jours		id.
Règles durant moins de 5 jours	54 f.	147
— — plus —	32 f.	53
d) <i>Régularité, irrégularité</i>	144 f.	(258 f.)
réglées régulièrement.....	91 f.	188
— irrégulièrement	23 f.	70

DÉFLORATION

a) <i>Ages de la défloration.</i> — (119 connus)	(260)
<i>Age minimum</i> 12 ans.	11 1/2
— <i>maximum</i> 27 (provinciale) 21 (parisienne.)	26 (prov.) 23 (par.)
— <i>moyen</i> 16 3/4	16 1/2
<i>l'âge le plus fréquent a été</i> 17	16
<i>déflorées avant 17 ans</i> 60 f.	133 f.
» de 17 à 20..... 46 f.	106
» après 20 ans..... 13 f.	21
b) <i>Rapports entre l'âge de défloration et celui de la première apparition des règles.</i> — (119 connus).	(255)
<i>Femmes déflorées avant l'apparition des premières règles</i>	15 25
» la même année..... 20	33
» de 1 à 2 ans après..... 34	83
» de 2 à 14 ans après	50 114
<i>Le temps maximum, entre un âge de défloration antérieur à celui de l'apparition des premières règles et ce dernier, a été</i>	7 ans. 4 ans
<i>Le temps le plus long écoulé entre un âge de première apparition des règles et l'âge de défloration postérieur a été de 14 ans</i>	même résultat
<i>En moyenne, l'âge de défloration a suivi celui de la première menstruation</i>	3 ans 1/3 après. 3 ans 1/2 après.
<i>A noter.</i> — Sur 79 femmes nées en province: ont déclaré avoir été déflorées à :	
Paris.....	30 60
En province.....	49 88

PROSTITUTION

a) <i>Ages de prostitution.</i> — (112 connus)...	(225)
<i>Age minimum</i> 13 ans	14 ans
— <i>maximum</i> 44 —	42
— <i>moyen</i> 21 — 2/3	20 1/2
<i>Le plus fréquent a été</i> 19	17
<i>Femmes prostituées pour la 1^{re} fois :</i>	
» entre 13 et 20 ans.....	56 132 f.
» 20 et 30 —	48 80
» après 30 ans.....	8 13
b) <i>Temps écoulé entre l'époque de défloration et celle de prostitution (112 résultats)</i>	(208)
<i>En moyenne l'âge de prostitution a suivi celui de défloration</i>	5 ans 3/4 après 4 ans après

Le temps maximum entre la défloration et la prostitution a été.....	25 ans	20 ans
Femmes prostituées, la même année qu'elles ont été déflorées.....	18 f.	45 f.
» de 1 à 5 ans après.....	58 f.	120 f.
» de 5 à 10 ans après.....	21 f.	27 f.
» de 10 à 20 ans après.....	15 f.	16 f.

Souvent l'âge de défloration et celui de prostitution n'ont été le même (souvent le même jour).

c) Femmes déclarant ne s'être jamais livrées à la prostitution.....	15	34
dont : Parisiennes.....	3	11
» Provinciales.....	12	23
d) Prostituées par misère.....	6	16 f.
dont : Parisiennes.....	2	3
» Provinciales.....	4	13

domestique, cuisinière, couturière, journalière, tailleur, 1 f. sans profession), l'une de ces malades a une induration de la fourchette très développée, entretenue sans qu'elle ait jamais accouché, par des déchirures chroniques dues à un traumatisme artificiel à répétitions et constituant une sorte de *durillon professionnel*.

PROFESSIONS

(95 connues) (285)

Les plus fréquentes ont été :

Couturières.....	20	59
Domestiques.....	14	50
Cuisinières.....	11	
Blanchisseuses.....	9	32
Fleuristes.....	3	18
Lingères.....	4	2

Nota. — Parmi les autres professions — femmes de ménage, cartonnières, brodeuses, passementières (sage-femme 1)

FILLES SOUMISES

a) Ages auxquels les femmes ont été déclarées soumises (68).....	(131)
le plus fréquent a été de 19 à 21 ans.....	même résultat.
l'âge maximum : 40 (provinciale).....	49
28 (parisienne).....	45
— minimum 15.....	même résultat.
— moyen 24 1/4 (provinciale).....	23
— 19 1/4 (parisienne).....	19

Femmes soumises avant 20 ans.....	19	62 f.
» de 20 à 30 ans.....	42	59
» après 30 ans.....	7	10
b) Rapports entre âges de filles soumises et âges de prostitution.....	64	131 f.
Femmes soumises la même année que celle de la prostitution.....	24	42 f.
» 1 an après.....	14	33
» 2 à 5 ans après.....	22	41
» plus de 5 ans après.....	4	15
Le temps écoulé entre l'âge de prostitution et celui de fille soumise a été en moyenne de : 3 ans	2 1/2	
c) Temps comme filles soumises (68 résultats).	125	
Femmes soumises depuis moins d'un an....	9	10
» 1 an à 5 ans.....	26	62
» 5 » 10 ».....	14	37
» 10 » 20 ».....	15	12
» plus de 20 ans.....	4	4
Le temps moyen comme fille soumise a été de.....	8 ans 1/3.	5 a. 1/2
dont.....	1 depuis 40 ans	28 ans.

INSOUMISES

Temps comme filles insoumises (58 résultats).	(102)	
Prostituées, insoumises depuis moins d'un an.....	34	38
» » 1 à 5 ans.....	22	56
» » 5 à 15 ans.....	2	6
» » plus de 15 ans »		2
Moyenne du temps de prostitution comme insoumise.		
1 an 5 mois.....		3 ans.
A. — Femmes en maison.....	»	7
B. — Femmes mariées.....	13	17
dont : provinciales..	12	14
parisiennes...	1	3
pour lesquelles : l'âge du mariage a été, en moyenne.....	18 1/2	19 ans.
Étaient : veuves...	9	5
» séparées.	1	8
Age moyen du veuvage.....	26 ans 1/3	26 ans.
Age moyen de séparation.....	32	25
» de prostitution.....	31 ans.	27 ans.
A noter. — Enfants nés des mariages.....	25	3 1/4
fausses couches.....	1	5

GROSSESSES. COUCHES A TERME. FAUSSES COUCHES

a) Grossesses. —	(75 f.)	113 fem.
	(155 g.	202 g.

A noter. — Plusieurs cas de vergetures chez des femmes qui n'ont jamais accouché ni avorté. Objectivement, il est impossible de les distinguer de celles de la grossesse. Inversement M. Monod me citait le cas d'une femme ayant eu la grossesse et n'ayant pas de vergetures; donc, au point de vue medico-légal, celles-ci n'ont plus qu'une valeur relative.

Couches à terme.....	129	161
Fausse couches ou couches avant terme.	23	41
b) Couches à terme. — (129).....		(161)
Ont eu : 1 couche à terme	42 = (42 f.)	59 = (59)
» 2 — — — 14 = (28 f.)	21 = (42)	
» 3 — — — 7 = (21 f.)	8 = (24)	
» 4 — — — 2 = (8 f.)	3 = (12)	
» 5 — — — 2 = (10 f.)	1 = (5)	
» 6 — — — 1 = (6 f.)	1 = (6)	
» 7 — — — 2 = (14 f.)	»	«
» 13 — — — »	1 = (13)	

c) Enfants nés à terme, vivants. — (70 f.)	129 (90 f.)	
	(159	

De ces enfants (129)	159
vivaient (en 1894).....	53 (1893) 72
étaient morts (en 1894).....	76 87

<i>A noter.</i> La femme ayant eu le plus d'enfants venus à terme vivants en a eu.....	7	8
--	---	---

L'âge le plus fréquent des couches à terme avec enfants vivants a été dans l'ordre suivant.	22	17
	18	18
	20-21	19
	16-19	27

l'âge minimum.....	14 ans	15
» maximum.....	40 »	47
» moyen.....	19 » 1/2	18 1/2

d) Fausse couches. — (16 f.).....		(33 f.)
Age minimum.....	15 ans	16 ans
» maximum.....	27 »	31 »
» moyen.....	21 » 1/2	21 »
» Le plus fréquent.....	21 »	18 à 20 »

Les fausses couches ont eu lieu, le plus souvent au 2^e mois de la grossesse..... 3^e mois
 puis, dans l'ordre suivant, au point de vue de la fréquence.

	6 ^e mois	4 ^e mois
	3 ^e »	6 ^e »
	4 ^e »	7 ^e »
	7 »	8 ^e »
A noter. — Mort-né	3 —	4

SYPHILIS

Primitive.

sur 157 malades (374)

a) *Syphilis primitive.* — Chancre syphilit. 11 fem. 23

Celui-ci, siégeait le plus souvent :

1 ^o aux grandes lèvres	(4 f.)	petites lèvres (7)
2 ^o à l'anus	(3 f.)	grand. lèvres (6)

Secondaire et tertiaire

T) Roséoles et syphilides	(138 f.)	238
dont : Roséoles	9 f.	16
Syphilides (sans autre désignation).....	34 f.	56 f.
— Pigmentaires.....	11	47 f
Syphilides, macules.....	17 f.	16 f.
Papuleuses.....	18	36
Papulo-squameuses	3	8
Pustuleuses	2	3
Papulo-érosives.....	25	31
Ulcéreuses	12	15
Circinées	5	9
Psoriasiformes.....	1	1
Vésiculeuses	1	
c) Syphilides secondaires des muqueuses (27 f.).		(56 f.)
Le siège le plus fréquent a été :		
Lèvres (bouche).....	8	
Vulve.....	7	13
Anus	»	7
Langue.....	3	8
Amygdales.....	3	5
a) Affections syphilitiques diverses.....	67 f.	134
Par ordre de fréquence :		
Adénopathie.....	24 f.	33

Hypertrophies amygdaliennes..	12 f.	18
Angines.....	9	27
Alopécies syphil.....	6	14
etc., etc.		
e) Âges de la syphilis.....	64 obs.	106
Syphilis remontant à moins d'un an au moment de l'entrée à Saint-Lazare.....	15 f.	24 f.
» — 1 an à 5 ans	37	69
» — 5 — à 10 »	6	7
depuis plus 10 ans.	6	6
La syphilis la plus ancienne remontait à....	35 ans	} à 3½ ans
une à....	28 —	
En moyenne celle-ci, datait de.....	3 ans 1/2	4 ans
f) Rapports entre l'âge de prostitution et celui de syphilisation.		
En moyenne.....	3 ans 1/6	3 ans
Au maximum.....	15 à 20 ans	10 à 15 ans
Sur 44 femmes, on a trouvé sur 87 f. ayant eu la syphilis la même année que celle du début de prostitution.....	16	28
» de 1 à 5 ans après	13	50
» 5 à 10 » »	5	7
plus de 10 ans après	1	2
A noter — Syphilis héréditaires.....	1	2

CHANCRELLE

A. — Chancres.....(157 observat)		(374)
Régions le plus souvent affectées :	7 f.	15 f.
Fourchette.....	4 f.	2
Anus.....	2	4
Vagin.....	1	2
etc.		

BLENNORRHAGIE. Inflammations des muqueuses. — Écoulements purulents ou muco-purulents. Catarrhes.

B. — Blennorrhagie :

Uréthrites aiguës isolées.....	26 f.	72
— chroniques.....	2	1
Vulvites.....	15	20
Bartholinites.....	10	11
Vaginites.....	28	186
Endométrites aiguës.....	7	44
Métrites cervicales.....	42	174

Catarrhes (limpides).....	40	54
» muco-purulents.....	6	98
Ulcérations (col.).....	39	94
Herpès (d'origine blennorrhagique)		
lèvres. fourchette.....	47	95

La durée d'une blennorrhagie aiguë du vagin seul — car il y en a quoi qu'on dise — varie de six semaines à deux mois. Chez la femme qui n'a pas eu de grossesse, la blennorrhagie dépasse très rarement la cavité du col : pour assainir celle-ci il faut bien compter un mois de plus.

Chez la femme qui a eu ou qui vient d'avoir une couche ou une fausse couche, les barrières ne sont plus résistantes et la généralisation, par propagation directe et graduelle devient la règle. En tout cas, c'est chez elle surtout qu'on rencontre de beaucoup le plus fréquemment la salpingite, la salpingo-ovaire, etc.

Chez la multipare, il y a parfois une poussée, une fusée d'ovarite. D'abord très aiguë, elle disparaît et guérit par les moyens les plus simples, repos, hygiène, etc. Je ne puis mieux la comparer qu'à l'orchite blennorrhagique.

Chez la femme, les accidents généraux d'origine blennorrhagique sont rares ; il y a parfois une sorte de pâleur et d'anémie toxiques, des névralgies du même ordre, des épistaxis, tout au plus des péri-arthrites tendineuses ; mais le rhumatisme blennorrhagique, les conjonctivites rosées, les éruptions d'érythème polymorphe, etc., sont vraiment exceptionnels. L'herpès péri-vulvaire seul ou du moins une éruption qu'on s'accorde à qualifier ainsi, survient fréquemment au début de la vaginite, au point que lorsque je l'observe en dehors des règles, je recherche toujours la blennorrhagie.

Végétations.....	45	77
le plus fréquemment les végétations		
siégeaient :		
1° urèthre.....		vulve
2° anus.....		anus.
3° vulve.....		urèthre.

Le *molluscum contagiosum* a été fréquemment constaté non seulement sur les lèvres, la fourchette, le périnée,

mais surtout à la face interne des cuisses ; les petites lésions, contagieuses, sont souvent irritées et rouges ; on les confond alors couramment, soit avec l'herpès, soit avec des folliculites simples ou eczématoïdes, lichénoïdes, etc.

NOTE. — A leur entrée à St-Lazare, les malades de l'infirmerie avaient en moyenne : (531 observ.) 24 ans 10 mois ; la statistique, pour 170 d'entre elles, établit que la syphilis remontait, en moyenne, à 3 ans 1/2, au moment de leur entrée ; l'âge de syphilisation serait donc : en moyenne : 21 ans 1 mois.

2° D'un autre côté, l'âge de prostitution d'après les mêmes statistiques serait en moyenne : 21 ans 1 mois. Or, pour 131 prostituées, on a trouvé qu'elles étaient devenues prostituées professionnelles, en général 3 ans 1 mois après s'être prostituées pour la 1^{re} fois ; l'âge de syphilisation aurait donc été : 24 ans 2 mois, en général.

D'après ces deux données, on devrait donc prendre comme moyenne de l'âge de syphilisation : 22 ans 1/3.

Que l'on veuille bien remarquer combien est relativement petite la constatation du chancre syphilitique (34 fois sur 410 cas). Que plusieurs des cas retrouvés se sont manifestés moins d'un mois après l'entrée des malades.

Permettez-moi de ne pas vous faire la lecture toujours fastidieuse d'une statistique.

Celle-ci est le complément et comme le contrôle ou la contre-épreuve de celle que j'ai publiée au Congrès de Lyon.

Ces sortes de travaux sont plus utiles qu'intéressants à lire tout d'une traite ; ils sont destinés plutôt à être assimilés par fragments selon que d'autres pourront y trouver des résultats applicables à leurs propres recherches.

Je signalerai seulement quelques particularités :

1) Dans une même région ou avec un genre de vie analogue, il y a plus de femmes qui ont leurs règles du 15 au 20 de chaque mois qu'à une autre époque quelconque du mois.

2) A propos de la *défloration* des femmes, on peut remarquer qu'elle a lieu vers 16 ans et demi en province comme à Paris, de six mois plutôt même dans les campagnes que dans les grandes villes ; en tout cas elle a toujours été faite déjà en province quand la fille vient à Paris, le plus souvent pour cacher sa faute. Il y a donc peut-être à ne pas considérer comme absolument exacte l'action précocement démoralisatrice des grandes villes.

En ce qui concerne plus spécialement les prostituées, il y a lieu d'e

noter qu'un certain nombre de femmes, se sont livrées définitivement et professionnellement à la prostitution le lendemain, et quelques-unes le jour même de leur défloration spontanée et volontaire.

Pourtant l'époque moyenne de *l'entrée définitive et professionnelle dans la prostitution* est de trois ans et demi après la défloration, soit 19 ans 1/2. Cet âge paraît *relativement* tardif ; il y a lieu de tenir compte de l'influence sur ces chiffres de l'âge avancé de plusieurs femmes qui ne se sont livrées que très tardivement à la prostitution, après un long mariage, pas tout de suite même après leur veuvage (une d'elles avait 49 ans et exerçait encore à 62 ans), au point que l'on s'étonne qu'il puisse y avoir là pour elles une ressource pour lutter contre la misère, ou parfois, car il faut tout dire, pour leur ivrognerie.

D'autre part, la moyenne de *l'âge de syphilisation* est de trois ans après le début de la prostitution. Ce qui revient à dire qu'il n'y a pour ainsi dire pas de fille qui échappe à la syphilis plus de trois ans après son entrée dans la prostitution, à moins qu'elle n'y soit réfractaire pour une raison quelconque : syphilis bénigne ignorée, syphilis conceptionnelle latente, syphilis infantile, hérédosyphilis, etc., ces deux dernières causes n'étant pas rares dans cette catégorie de la population. Et, en effet, sur 531 malades, 410 sont syphilitiques ; ce qui ne les empêche pas bien entendu d'avoir encore d'autres maladies vénériennes.

Que l'on veuille bien remarquer que sur ces 410 cas, 34 fois seulement le chancre syphilitique a pu être constaté (une fois la roséole la plus nette, la plus intense a éclaté un mois après l'entrée de la malade sans qu'il ait été possible de constater une trace quelconque ni de chancre, ni d'adénopathie, et pourtant les accidents secondaires sont venus ultérieurement confirmer le diagnostic et la chronologie) et que plusieurs fois sur ces 34 fois le chancre s'est montré moins d'un mois après l'entrée des malades à Saint-Lazare. Ces femmes, entrées pour une autre affection vénérienne, étaient donc en état d'incubation spécifique lors de leur entrée dans le service d'isolement.

Tous ces faits, mis en lumière par les statistiques comme pour la clinique, prouvent combien est grand le nombre de syphilis qui échappent à toute surveillance, à toute médication, à toute préservation possible.

Le mode de défense de la Société contre la syphilis est donc absolument défectueux, et pourtant, si mauvais soit-il, il est loin d'être inutile puisqu'on voit combien de femmes pratiquent professionnellement la prostitution, et avec la plus parfaite insouciance, pendant la période active et contagieuse des maladies vénériennes les plus graves.

Par le seul fait de leur isolement et de leur mise dans l'impossibilité de suivre et de propager leur mal, un grand nombre de malheurs ont été empêchés, puisque chacune de ces femmes « voit » en moyenne cinq hommes différents par jour. Qu'on en suppose seulement deux sur les cinq qui soient susceptibles de contamination, on verra la proportion, puisque pour 531 malades, la moyenne du séjour a été de 62 jours ! sans compter que le rayonnement sexuel de la prostituée professionnelle, clandestine ou soumise, mais clandestine surtout, est parfois considérable et d'autant plus déplorable. Est-il besoin de rappeler ici le fait de cette seule femme, prostituée insoumise, transmettant la syphilis à trente-cinq soldats de la même caserne. Comment dès lors être surpris que les hygiénistes admettent un régime différent pour la femme et pour l'homme ? Mais comment aussi ne pas s'étonner, ne pas s'indigner même, que le régime des dispensaires, des pansements multipliés et facilités, des médicaments spécifiques distribués de tous côtés, à toute heure du jour, absolument gratuitement (ce sera encore une économie sociale) ne soit pas institué et organisé avec douceur, sans voisinage ni ressemblance de prison (prison pour maladies !) et de façon à attirer la venue spontanée du plus grand nombre possible de ces malades contagieuses ? Ne serait-il donc pas possible qu'une judicieuse administration fit en sorte de diminuer la propagation et la fréquence de ces maladies vénériennes qui entravent si souvent et parfois si longuement la santé et le travail des hommes, des chefs de famille ?

Toutes les statistiques ne prouvent-elles pas qu'il y a là une perte considérable de temps et d'argent pour l'individu, une source de souffrances pour sa famille, une cause de misère pour le corps social ?

Ne vous semble-t-il pas, comme à moi, nécessaire que les hygiénistes doivent recommencer tous leurs efforts et les renouveler aussi souvent que possible, tant que le *statu quo* si fâcheux sera maintenu ? Ne doit-on pas, sans se lasser, réitérer réclamations et protestations ? N'est-ce pas aux médecins qu'il appartient de dire que ces économies sont immorales qui sont réalisées aux dépens de la santé des autres ? Il n'y a pas à dire que ces femmes ne sont pas intéressantes ; elles le sont parce qu'elles sont malades ; elles le sont par leurs victimes. Faut-il enfin évoquer une fois de plus toutes les misères, toutes les souffrances qui sont le partage des hérédosyphilitiques et combien l'hérédité syphilitique atteint profondément et puissamment la race et produit rapidement la déchéance ? Je n'en veux pour preuves que les cas, si fréquents ici même où pourtant on juge inutile de les présenter tous, de dystrophies, parfois poussées à un degré extrême, causées par le vice syphilitique introduit dans l'organisme au moment de son développement, qu'il s'agisse de syphilis héréditaires ou de

syphilis acquises dans les premiers temps de la vie (chancres entra-génitaux).

Chacun a gardé le souvenir de ce malheureux enfant que nous montrait récemment M. Danlos ; affreuses mutilations de la face, abolition de la vue, dureté de l'ouïe, hébétude, altération des dents, atrophie testiculaire, déformation du thorax et du squelette, bref, tous les stigmates de la déchéance engendrée par le virus syphilitique. Il ne s'agissait pourtant que d'une syphilis acquise (et non héréditaire) mais contractée dans les premiers temps de la vie et à l'époque du développement de l'organisme.

Pour ma part, j'en ai observé deux autres cas, développés malheureusement dans les familles de deux médecins. Les enfants, nés de parents sains et nourris par leur mère (dont une fut contaminée par l'enfant) furent accidentellement infectés dans les premiers mois de leur existence par leur petite bonne elle-même syphilitisée vénériennement. Ces deux enfants n'ont pu être arrachés à la mort que par la continue et extrême sollicitude des parents. L'un d'eux est aujourd'hui une fillette de 9 ans absolument infantile et contrastant tristement avec la forte constitution de ses frères et sœurs et de ses parents. Son squelette est déformé par le rachitisme ou du moins par cette altération spécifique des os qui modifie leur structure et leur résistance ; d'où ces incurvations d'aspect tout aussi rachitique que celles qui sont causées par le rachitisme vulgaire. Son foie qui a été pendant six ou sept ans, dur, lisse, énorme, commence seulement à se rapprocher des dimensions normales. Ses bronches ont été fortement atteintes aussi dans leur structure : il y a de la dilatation, de l'emphysème, du catarrhe muco-purulent, et une toux grasse fréquente ayant duré sans interruption plusieurs années (sans qu'il y ait jamais eu ni pleurésie, ni coqueluche, ni bacilles de Koch dans les crachats) et ayant souvent fait redouter l'apparition de la tuberculose. Il n'en est rien et l'iodure et les frictions ont fini par triompher. Mais il reste une altération des dents telle que, si on examinait la dentition sans être prévenu, on ne pourrait s'empêcher de songer à la syphilis héréditaire ; ce sont pourtant les dents de la deuxième dentition, quoique beaucoup soient encore et pour longtemps absentes — or j'ai vu chez des hérédo-syphilitiques avérés la deuxième dentition être aussi belle qu'était dystrophieée la première. De plus, les ongles ici ont été fortement troublés dans leur développement ; ils sont amincis, friables, cassant sans cesse, fendillés et ils ont toujours poussé tels pendant les huit premières années de la vie ; ce n'est que depuis six mois qu'ils commencent à être bien plantés, forts, épais, si bien qu'on voit encore aujourd'hui — et probablement pour encore plus de six mois — le sillon (avec inégalité de niveau) des anciennes et des nouvelles pousses situé à peu près à la moitié de la zone unguéale. Les yeux, les oreilles

(pourtant un tympan vient de se crever sous l'influence d'une amygdalite simple), l'intelligence ont toujours été indemnes.

Ainsi on voit, même dans les cas relativement satisfaisants, quel trouble jette dans un organisme qui se développe le virus syphilitique; à plus forte raison quand ce virus intervient au moment même de la conception de l'être.

Ce n'est pas ici le lieu de discuter comme elle le mérite l'importante question de la syphilis héréditaire ou plutôt de l'hérédité syphilitique; je ne puis pourtant pas oublier que certains observateurs, et surtout des auteurs étrangers, plus expérimentateurs et théoriciens que cliniciens, veulent considérer la syphilis dite héréditaire comme toujours acquise par le fœtus à lui transmise par la mère qui aurait été préalablement infectée et toujours par le générateur.

Qu'on veuille bien considérer toutefois que l'homme, ordinairement ne présente plus à la période où il devient mari et père, aucune lésion contagieuse ni aucune manifestation spécifique capable de donner la syphilis; j'en ai eu une sorte de démonstration par ce fait que le mari avait une maîtresse, multipare et saine (mais qui plus tard contracta la syphilis autrement) et qui ne contagiona que sa femme par le fait de la grossesse.

Qu'on tienne compte ensuite de ce fait que jamais personne n'a pu constater, où qu'il fût, un accident primitif développé dans ces conditions sur la génératrice. Cette lésion initiale est pourtant le témoin indispensable d'une infection qui aurait été directement transmise du père à la mère.

De plus, on ne peut pas ne pas être frappé de la grande différence qui semble exister entre la période de syphilis du fœtus et celle de la mère; de la grande différence qui existe entre la gravité des lésions chez l'enfant et la bénignité des accidents chez la mère. Il n'est pas rare en effet de voir l'enfant succomber, soit avant terme, soit peu de temps après la naissance, ou bien se couvrir de lésions ulcéreuses cutanées et gommeuses sous-cutanées ou de lésions osseuses tertiaires, ou bien subir les troubles les plus profonds dans son développement et dans sa croissance comme les plus graves dans sa santé... pendant que la mère reste, sinon bien bien portante, du moins si faiblement contaminée que bien souvent l'infection reste à jamais fruste et latente. Il y a plutôt immunisation qu'infection, du moins, à en juger par les résultats. Cette énorme disproportion entre les accidents, leur défaut de chronologie et d'autres raisons encore, me semblent devoir faire réfléchir avant de nier l'hérédosyphilis à paire, question qu'il y a lieu d'ailleurs de reprendre toute entière avec de nouveaux documents, sans parti-pris à l'avance, mais aussi sans négliger les enseignements de la clinique.

Élections.

Au cours de la séance, on procède aux élections annuelles. Ont été nommés :

Président : M. E. BESNIER ;

Vice-présidents : MM. A. FOURNIER, MAURIAC, A. DOYON ;

Secrétaire général : M. HALLOPEAU ;

Trésorier : M. DU CASTEL ;

Membres du Comité de Direction : MM. BALZER, BROcq, GAUCHER, LE PILEUR, TENNESON ;

Secrétaires annuels : MM. DUBREUILH (de Bordeaux), JACQUET, JEANSELME, LEREDDE, PERRIN (de Marseille), WICKHAM.

Membres titulaires : MM. LEGUEU et L. DUMONT.

Membres correspondants : MM. SCARENZIO (de Pavie), et KREFTING (de Christiania).

Le secrétaire,

VERCHÈRE.

SÉANCE DU 10 AVRIL 1896

Présidence de M. Mauriac.

SOMMAIRE. — Éruption érythémato-bulleuse et végétante chez une malade soumise à l'usage du sirop de Gibert, par M. DU CASTEL. (Discussion : MM. HALLOPEAU, GASTOU.) — Sur un cas de mycosis fongoïde avec poussées bulleuses et lésion initiale ulcéreuse, par M. HALLOPEAU et G. BUREAU. — Sur la pathogénie de la dysphagie secondaire, par M. AUGAGNEUR. (Discussion : MM. RENAUT, JULLIEN, BARTHÉLEMY, AUGAGNEUR, FERRAS.) — Gangrène de la muqueuse du palais dans un cas de syphilis infantile héréditaire, par M. BALZER. (Discussion : MM. BARTHÉLEMY, BALZER, AUGAGNEUR, HALLOPEAU, JULLIEN.) — Note sur la prolongation excessive de la période secondaire et par conséquent de la syphilis dans ses formes bénignes, par M. BARTHÉLEMY. (Discussion : MM. FEULARD, FERRAS, AUGAGNEUR, BARTHÉLEMY, MAURIC.) — Sur deux cas de lymphadénie avec éruptions prurigineuses, par MM. HALLOPEAU et A. PRIEUR. (Discussion : M. DABIER.) — Sur un lichen plan en cravate et un lichen plan buccal avec éléments acuminés, par H. HALLOPEAU. — Note sur les plaques desquamatives tardives de la langue au cours de la syphilis traitée par le mercure, par M. A. MOREL-LAVALLÉE. — Trois cents cas de gale traitée par le baume du Pérou, par MM. JULLIEN et DESCOULEURS. (Discussion : M. FEULARD.) — Sur le lupus érythémateux du cuir chevelu par J. MÉNEAU (de la Bourboule). — Syphilis tertiaire, septicémie syphilitique par MM. le professeur FOURNIER et GASTOU.

Eruption érythémato-bulleuse et végétante chez une malade soumise à l'usage du sirop de Gibert.

Par M. DU CASTEL.

J'ai l'honneur de présenter à la Société de dermatologie une malade atteinte très probablement d'une éruption médicamenteuse et dont voici l'histoire :

Observation recueillie par M. JACOBSON, interne en service.

La nommée L..., âgée de 34 ans, ménagère, est entrée salle Bielt, le jeudi 2 avril 1896.

Rien de particulier à noter dans ses antécédents héréditaires. Elle a été réglée à 19 ans, mariée à 20 ans. Elle a eu quatre enfants. Deux sont morts (croup, convulsions). Deux vivent et se portent bien. Elle n'a pas fait de fausses couches.

La malade ne sait ni lire, ni écrire, elle a perdu la mémoire et les renseignements qu'on en obtient manquent de précision.

Elle est atteinte de syphilis. L'accident initial paraît remonter à quatre ou cinq ans, époque où elle aurait eu des boutons aux parties génitales.

La malade dit n'avoir eu aucun accident à la suite de ces boutons : ni maux de gorge, ni adénites, ni roséole, ni plaques muqueuses, ni céphalalgie, ni chute des cheveux. Elle a eu cependant à plusieurs reprises des laryngites.

Il y a quatre ans, à la suite d'un coup sur le nez, elle s'est mis à avoir des épistaxis qui se sont reproduites très fréquemment pendant plus d'une année.

Il y a trois ans, ses épistaxis continuaient toujours, elle s'est mis à avoir des douleurs violentes lancinantes dans le palais et un jour elle a mouché des débris osseux.

Elle est alors venue consulter salle Alibert, où l'on constata qu'elle avait une perforation du palais et un affaissement du nez. Le nasonnement était si fort à cette époque que son parler était tout à fait incompréhensible.

Comme traitement on lui donna probablement de la liqueur de van Swieten et de l'iodure.

Elle a suivi ce traitement pendant une année puis l'a interrompu.

Le 4 mars 1896, elle a fait venir un médecin, parce que depuis quelques jours elle avait, dit-elle, des boutons sur les deux mains et que ces boutons la faisaient beaucoup souffrir. La malade affirme que ces boutons étaient absolument analogues à ceux qu'elle présente aujourd'hui aux environs des coudes.

Le médecin ordonna de l'eau phéniquée à 20 p. 100, un gargarisme au salicylate de soude.

Deux jours après la malade se mit à avoir des attaques syncopales : elle avait des accès d'étouffements suivis d'évanouissement durant quelques minutes. Son éruption n'allait pas mieux.

Le 13. Le médecin revient et prescrit :

2 cuillerées de sirop de Gibert (250 gr.).

1 pilule d'opium de 5 centigr. le soir.

Une pomnade au calomel pour les mains.

Le 16. Troisième visite du médecin, qui prescrit la potion suivante :

Bromure de strontium..... 1 gr. 50

Eau distillée..... 120 — »

Sirop de fleurs d'oranger..... 30 — »

Ether sulfurique..... 10 gouttes

Enveloppement des parties malades dans l'eau boriquée.

La malade dit que la potion bromurée a été prescrite contre des étouffements. Le médecin avait recommandé de ne s'en servir qu'en cas de besoin (l'ordonnance porte : une cuillerée à bouche toutes les heures suivant l'indication).

Or elle n'en a pas eu besoin. Elle n'a pas entamé sa potion, dit-elle. Elle n'a donc pas pris de bromure.

En revanche elle a acheté deux fois du sirop de Gibert (150 gr.). Elle en

a pris jusqu'à ces derniers jours à raison de deux cuillerées par jour (environ 450 gr.).

La malade ne se souvient pas (sans cependant en être trop sûre) d'avoir fait venir le médecin une autre fois.

Son éruption n'a nullement été améliorée par le traitement. Aussi s'est-elle décidée à venir consulter le 2 avril 1896, à Saint-Louis.

Etat actuel. — La malade présente de grosses altérations du palais et de la gorge. La luette est détruite ainsi qu'une partie du voile du palais dont les bords adhèrent au fond du pharynx. Sur la paroi postérieure du pharynx existent plusieurs ulcérations profondes à bords polycycliques, taillés à pic.

De plus il existe une perforation lenticulaire de la voûte palatine.

L'épithélium est tombé sur presque toute la surface du dos des deux mains ; il existe là une vaste exulcération végétante et papillomateuse, saignante, recouverte d'une croûte jaune par places, noire et sanguinolente en d'autres points ; au pourtour de l'exulcération, l'épiderme est décollé dans une certaine étendue comme cela s'observe dans les affections bulleuses à la suite de la rupture des bulles ; autour de cette zone d'épiderme décollé existe un cercle érythémateux d'un centimètre de largeur environ. Sur les avant-bras et la figure où l'éruption s'est développée nous avons pu suivre le mode de développement précis de l'éruption.

Un petit point érythémateux et saillant se montre ; il est bientôt remplacé par une bulle à contenu transparent ; rapidement celle-ci s'étale et occupe une grande étendue de la peau ; il est à remarquer qu'à toutes les périodes de son développement, la bulle reste entourée d'une zone érythémateuse très accusée.

La malade, que je viens de vous présenter, présente une éruption offrant tous les caractères des formes intenses des éruptions cutanées iodiques ou bromiques ; je crois que nous pouvons rejeter sans hésitation la nature bromique, puisque la malade est absolument affirmative quand elle déclare n'avoir pas pris la potion bromurée qui lui avait été ordonnée. Comme préparation iodique, nous ne trouvons que l'emploi récent du sirop de Gibert, car la malade affirme hautement n'avoir pas soigné sa syphilis depuis trois ans et n'avoir pris depuis lors aucune préparation iodurée. Il faudrait admettre que la peau de notre malade, tolérante autrefois pour les préparations iodiques, serait devenue intolérante dans ces derniers temps : le fait n'est pas absolument rare et souvent c'est dans la production d'une insuffisance fonctionnelle rénale qu'on trouve la cause de ces intolérances tardives : nous n'avons trouvé dans l'urine de notre malade ni albumine, ni sucre pouvant nous permettre d'adopter cette explication de la production des accidents cutanés.

Tout en reconnaissant l'aspect absolument caractéristique de la lésion dont notre malade est atteinte, il reste quelques points obscurs dans notre observation ; quelle a été cette éruption, qui a précédé de

quelques jours l'emploi du sirop de Gibert et que notre malade affirme avoir été absolument semblable à celle que nous avons vue se développer sous nos yeux sur les bras et sur la face ? Est-il absolument sûr que le sirop de Gibert soit la cause des lésions que nous observons et dont la production se continue depuis huit jours que la malade est entrée dans notre service ? Je crois qu'il y a peut-être une petite réserve à faire à ce sujet, mais je ne saurais, je l'avoue, invoquer une autre toxémie. Il y a lieu d'insister je crois, sur la marche et les localisations de l'éruption qui a occupé successivement les mains, les avant-bras, la face en respectant toute la surface du corps comme le font les érythèmes polymorphes dont nous n'avons sous les yeux qu'une variante.

M. HALLOPEAU. — Je présente à la Société le moulage d'un fait analogue que j'ai observé à la suite de l'ingestion d'iodure de potassium.

J'insiste sur la nature concrète de l'exsudat qui infiltre les lésions cutanées du malade de M. Du Castel.

Les lésions iodiques peuvent s'étendre aux cornées et déterminer la cécité : c'est ce qui est arrivé à un malade que j'observais, à la suite de l'ingestion de cinquante centigrammes d'iodure potassique.

Il ne faut pas oublier que de nombreux sujets absorbent de l'iodure pendant des années sans accidents et que subitement, sans cause connue, ils peuvent présenter une intolérance qui devient permanente.

M. GASTOU. — Les lésions iodopotassiques de la peau sous leur forme végétante peuvent simuler les tumeurs du mycosis fongolde.

**Sur un cas de mycosis fongolde avec poussées bulleuses
et lésion initiale ulcéreuse.**

Par H. HALLOPEAU et G. BUREAU.

Il ne se passe guère d'années sans qu'il se présente dans notre service plusieurs cas de mycosis qui, tout en présentant des caractères communs, se différencient néanmoins par des particularités plus ou moins importantes témoignant de l'extraordinaire polymorphie de cette dermatose.

L'histoire du malade que nous avons l'honneur de vous présenter aujourd'hui a été surtout remarquable par le caractère ulcéreux de la lésion initiale, par la coexistence de manifestations très dissimilables, par la production de poussées bulleuses et par l'acuité des phénomènes terminaux : elle peut être résumée ainsi qu'il suit :

Théodore F..., cordonnier, âgé de 40 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Bazin, lit n° 72, le 22 juillet 1895.

Rien à noter dans ses antécédents héréditaires.

Dès son enfance, le malade était sujet à de violentes démangeaisons. En 1881, il eût la variole. Il y a 4 ans, il fut pris de nouveau d'une poussée très violente de démangeaisons généralisées sur tout le corps. A la suite du grattage, il se développait, surtout sur les membres inférieurs, des plaques éphémères, blanches, surélevées, qui, d'après la description qu'en donne le malade, étaient évidemment de nature ortiée.

En 1894, c'est-à-dire il y a 2 ans, survint sur la partie latérale gauche du cuir chevelu un petit bouton qu'il écorcha. Cette petite ulcération s'agrandit rapidement dans la suite et n'a jamais guéri depuis son apparition; nous sommes en droit de supposer qu'elle représente la néoplasie initiale.

Au mois d'avril dernier, cette plaque ulcérée du cuir chevelu était encore unique; il n'existait aucune autre lésion sur le corps. A ce moment on institue un traitement antisypilitique (mercure et iodure de potassium): 8 à 15 jours après, apparaît sur le corps une éruption généralisée de saillies rouges qui devinrent rapidement ulcéreuses.

Cette éruption, localisée d'abord sur les membres et sur le tronc, se renouvelle par poussées avec périodes d'amélioration; jamais elle ne disparaît complètement.

Le malade est toujours soumis à un traitement spécifique énergique.

A la fin de janvier 1896, survient une poussée encore plus violente que les précédentes; des ulcérations se développent sur la face, et en même temps s'établit un écoulement purulent des deux oreilles, écoulement abondant surtout du côté droit.

Voici l'état sous lequel se présente ce malade à la fin de février 1896:

Son aspect est horrible et repoussant. La face est couverte de surfaces purulentes et de tumeurs végétantes, localisées surtout au niveau des régions pilaires et particulièrement autour de l'orifice buccal. De nombreuses ulcérations sanieuses couvrent le cuir chevelu. Sur tout le corps sont disséminées des plaques rouges, saillantes, dont un grand nombre sont ulcérées. Toutes ces plaies sanieuses répandent une odeur nauséuse infecte. Le malade est profondément amaigri, cachectique.

Au premier abord, les nombreuses lésions qui couvrent le corps de cet homme semblent assez disparates. Mais, en examinant d'un peu près les différents éléments éruptifs, on voit qu'on peut retrouver tous les intermédiaires, depuis le tubercule rouge de la dimension d'une lentille et même moins jusqu'aux vastes plaques ulcérées. On voit, en effet, à côté de ces petits tubercules, d'autres éléments plus volumineux, de la dimension d'une pièce de 50 centimes à celle d'un franc, et, à côté, de vastes surfaces ulcérées. Ces éléments sont, pour la plupart, de forme circulaire ou ovoïde. Leur teinte présente toutes les nuances du rouge, depuis le rose pâle jusqu'au rouge livide; cette dernière couleur se rencontre surtout au niveau des lésions des membres inférieurs.

Les plaques éruptives sont limitées extérieurement par un rebord légèrement surélevé: beaucoup d'entre elles présentent une croûte centrale; certaines, de forme ovoïde, ont leur partie centrale déprimée, tandis que d'autres, au contraire, ont leur centre végétant. A côté de ces éléments, on en trouve d'autres, surtout à la face, qui prennent nettement

le caractère végétant et forment des masses proéminentes, à surface bourgeonnante et longueuse.

RÉPARTITION DES LÉSIONS. — Cuir chevelu. — A la partie antérieure du cuir chevelu, existent des plaques rouges, s'avancant sur le front et limitées de ce côté par un rebord surélevé, irrégulier, polycyclique, de couleur blanc rougeâtre, puis, plus en dehors, une légère zone érythémateuse. Sur un plan postérieur, se trouvent trois ulcérations de la dimension d'une pièce de 50 centimes, à centre déprimé, jaunâtre, recouvert de détritux sanieux.

Du côté gauche, au niveau de la partie supérieure de la région temporale, on voit une large surface ulcérée, de forme régulièrement circulaire, présentant 6 centim. de diamètre. Sa surface est irrégulière, végétante, bourgeonnante, recouverte de pus desséché par places, tandis que le bord qui la limite est net, régulièrement circulaire, peu surélevé et de couleur noirâtre. En arrière de cette plaque, sont disséminées, sur le cuir chevelu, de nombreuses ulcérations présentant en moyenne les dimensions d'une pièce d'un franc, quelques-unes bourgeonnantes, d'autres à centre plutôt déprimé, mais toutes recouvertes de liquide puriforme; les unes sont isolées, les autres au contraire ont tendance à devenir confluentes. En avant de la grande plaque, se trouve une surface rouge présentant à peu près le même aspect que celle que nous avons décrite à la partie médiane et antérieure du cuir chevelu; des ulcérations, ayant parfois au centre un aspect hémorrhagique, sont disséminées sur cette surface rouge.

Du côté droit, existent des ulcérations absolument analogues à celles que nous venons de décrire, mais beaucoup moins nombreuses.

Faces. — Les parties glabres de la face sont surtout couvertes de plaques rouges à bords irréguliers, tandis que, dans les régions pilaires, les parties postérieures des joues, le menton, le pourtour de l'orifice buccal, qui sont du reste les régions les plus atteintes, les éléments prennent au contraire le type végétant et deviennent de véritables tumeurs.

Nes. — Sauf tout à fait en arrière à gauche, le nez est presque entièrement recouvert par une large plaque rouge, présentant à sa surface des ulcérations purulentes et des croûtelles; sa limite est indiquée par un bourrelet blanchâtre peu surélevé. Il n'y a pas d'écoulement nasal.

Joues. — Sur la joue gauche, à sa partie supérieure et s'étendant vers le front, la région temporale et l'oreille, se voit une large surface rouge, à contours extrêmement irréguliers, montrant qu'elle résulte de la fusion de trois plaques primitives. Cette large plaque, toujours limitée par le même bourrelet, présente en certains endroits, et notamment près du grand angle de l'œil, des points hémorrhagiques.

Sur la joue droite, on note deux plaques circulaires, unies l'une à l'autre et recouvertes de croûtelles jaunâtres.

Lèvres. — Près de la commissure droite, sur la lèvre supérieure, existe une masse saillante, arrondie, végétante, un peu plus volumineuse qu'une noisette, à surface irrégulière, de couleur rouge violacée et présentant, par places, du pus et des croûtelles.

A la commissure gauche, on voit une tumeur semblable, mais un peu moins volumineuse.

Menton. — Du côté droit du menton, on retrouve encore une tumeur de

même aspect, mais présentant une étendue beaucoup plus considérable. De forme ovoïde, à grand axe transversal, elle mesure 5 centim. de long sur 4 de large. Sa surface est très irrégulière, mamelonnée, violacée, rappelant assez l'aspect d'un macaron ; elle est recouverte de pus desséché. Dans tout le reste de la barbe, il y a des ulcérations circulaires, recouvertes de croûtelles noirâtres.

Oreilles. — Toute la face externe du pavillon de l'oreille droite n'est qu'une vaste ulcération purulente ; un écoulement purulent abondant continue à se faire par le conduit auditif. A gauche il existe aussi une otite purulente, mais beaucoup moins accentuée.

Cou. — Derrière l'oreille droite, se trouve une large plaque ulcérée de 3 centim. et demi sur 3 centim. Plus en arrière, on voit des tubercules d'un rouge pâle et de la dimension d'une lentille et plus ; trois de ces éléments sont conglomérés sur une même ligne horizontale. Quelques éléments de même nature existent aussi sur le côté gauche du cou.

Tronc. — C'est surtout sur la face antérieure du tronc que l'on voit les divers éléments éruptifs, depuis le petit tubercule rose ou rouge jusqu'aux grandes plaques ovoïdes, ulcérées, à fond déprimé ou bourgeonnant, limitées par un rebord rouge, irrégulier et surélevé. Ces larges ulcérations, au nombre de 4 à 5, ont environ 3 à 4 centim. de long sur 2 de large ; certaines semblent être guéries au centre et s'étendre par un bourrelet purulent. Mais l'élément qui domine dans cette région, c'est le petit tubercule rosé ou rouge, du volume d'une lentille et plus, présentant souvent à son centre une croûte noirâtre recouvrant une petite ulcération.

Au niveau du flanc gauche, se trouve une plaque présentant un caractère tout particulier : elle est circonscrite, de la dimension d'une pièce de un franc et offre absolument l'aspect d'une plaque trichophytique.

Dans le dos, on retrouve les mêmes éléments ; les tubercules sont peut-être un peu plus surélevés et présentent fréquemment la croûte centrale. Une large plaque de 7 centim. sur 6, à bords aplatis, à centre plus foncé, noirâtre, ulcéré et recouvert de croûtes, est située près du bord interne de l'omoplate droite.

Membres supérieurs. — A la partie antérieure du bras droit, se trouve une plaque limitée par un bord épais, surélevé, serpigneux, rouge et large de près d'un centimètre.

Sur l'avant-bras droit, se voient quelques plaques circonscrites et, à sa face antérieure, une large surface ulcérée qui en occupe tout le tiers moyen. Cette large ulcération à bords irréguliers et polycycliques est végétante par places.

Dans la paume de la main droite, on aperçoit aussi quelques plaques et un tubercule présentant environ le volume d'un pois et au centre duquel existe un soulèvement bulleux.

Sur le membre supérieur gauche, il existe surtout des plaques rouges, dont quelques-unes circonscrites à l'avant-bras et sur la face dorsale de la main.

Dans les deux aisselles se trouvent des plaques ovalaires exulcérées, analogues à celles du tronc.

Membres inférieurs. — Sur les cuisses, on voit des éléments en forme de

cercles ou de parties de cercles, les uns roses pâles ou rouges, les autres livides, dont les dimensions varient de celles d'une pièce de 50 centimes à celles d'un franc : quelques-uns sont ulcérés avec croûtes au centre.

Les mêmes éléments se rencontrent sur les jambes.

Pied gauche. — Sur le bord interne du pied existent des plaques de couleur violacée, livide ; à la plante du pied, large surface rouge jambonné à contours irréguliers et quelques bulles près des orteils.

Pied droit. — Sur le dos du pied, une plaque présente l'aspect en cocarde ; sur le bord externe, on voit une surface ulcérée présentant à peu près les dimensions d'une pièce de 5 francs en argent. Sur la plante du pied existent de nombreux soulèvements bulleux de toutes dimensions, ainsi qu'à la face plantaire des orteils et dans les espaces inter-digitaux.

Ganglions. — Adénopathies inguinales et axillaires légères. Dans l'aisselle gauche, un ganglion volumineux tendant à s'abcéder.

Système nerveux : Le malade est agité d'un tremblement continu, à oscillations petites, mais rapides, et augmentant à l'occasion du mouvement.

11 mars. Les plaies du malade répandent une odeur encore plus repoussante. On ordonne des applications de permanganate de potasse.

Les ulcérations du cuir chevelu sont plus végétantes. Deux nouvelles végétations sont apparues du côté gauche du menton. Les tumeurs préexistantes ont augmenté de volume.

Examen des urines des 24 heures :

Volume.....	2,200
Réaction.....	acide.
Densité.....	1,011
Sucre.....	0
Albumine.....	présence.
Urée.....	16 gr. 64 (par 24 heures)
Chlorures.....	12 gr. 21 (par 24 heures)

L'examen extemporané de sang étendu sur une lamelle ne montre pas d'augmentation du nombre des leucocytes.

Le 18. Au-dessus du sourcil droit existe une nouvelle plaque ulcérée.

Sur le tronc les éléments se sont notablement agrandis et sont toujours exulcérés.

Du côté du pied l'aspect a beaucoup changé :

Pied droit : La grande ulcération circulaire qui se trouve sur le bord externe du pied a son bord décollé, formé par l'épiderme épaissi. La plante du pied offre une couleur blanche due à l'épiderme macéré et soulevé, par places, par des bulles de dimensions variables, remplies de liquide louche. La face plantaire des orteils offre le même aspect et est aussi parsemée de bulles.

Au niveau du premier espace interdigital, se trouve une large ulcération empiétant à la fois sur la plante du pied et sur les deux premiers orteils. Cette ulcération, assez profonde, consécutive à la rupture d'une large bulle est limitée par un bord déchiqueté, irrégulier, décollé. Une ulcération de même nature siège au niveau du dernier espace interdigital.

Pied gauche : Sur le bord interne du pied gauche existent quatre ulcérations dont une a nettement un soulèvement bulleux à la périphérie.

Sur la plante du pied et sur la face plantaire des orteils se trouvent des bulles comme sur le pied droit.

L'état général du malade a empiré ; il y a un peu de délire la nuit depuis quelques jours ; le tremblement est encore plus accentué que précédemment.

Le 21. Les lésions du tronc ont encore changé d'aspect ; il s'est développé, surtout sur le dos, une quantité de petites pustulettes miliaires ; on y voit aussi des bulles, si bien qu'aujourd'hui les grandes plaques semblent débiter par ces soulèvements bulleux. A côté, en effet des plaques à bords nets, on en voit d'autres dont la périphérie est formée par un soulèvement épidermique sous lequel il y a du pus et donnant absolument l'aspect d'un soulèvement bulleux. Parmi les grands placards, les uns restent nettement circulaires, les autres les plus volumineux sont polycycliques, formés par la réunion de placards primitifs.

Sur la face antérieure de la cuisse droite, on voit une bulle à contenu séreux.

Les soulèvements bulleux de la plante des pieds ont encore augmenté de nombre.

Le 26. Depuis trois jours, le malade est pris de vomissements incessants. sa température monte au-dessus de 38°. Le tremblement a augmenté d'intensité et persiste même pendant le sommeil.

Les végétations du pourtour de l'orifice buccal n'ont pas sensiblement augmenté de volume.

Sur la partie antérieure du tronc se sont développés de nouveaux éléments qui sont aujourd'hui manifestement bulleux dès leur début. Ils sont formés par une papule rouge, légèrement surélevée, au centre de laquelle on voit un soulèvement bulleux contenant un liquide séreux ou purulent. Au-dessous de la clavicule gauche, on voit deux bulles du volume d'un pois. Dans le dos, on note toujours de nombreux petits éléments miliaires formés par une papule acuminée au centre de laquelle se trouve une petite vésicule purulente.

L'examen des urines, pratiqué de nouveau par M. Vadam, interne en pharmacie du service, a donné les résultats suivants :

Volume.....	850 centim. cubes (24 heures).
Réaction.....	légèrement alcaline.
Densité.....	1016
Urée.....	19 gr. 21
Acide urique.....	0 — 40
Chlorures.....	1 — 08
Acide phosphorique.....	0 — 68
Sucre.....	0 — »
Albumine.....	1 — 19

Présence de leucomaines donnant très nettement les réactions avec les réactifs de Nesler, Mayer, Bouchardat, l'acide picrique et le tannin.

Le 27. Dans la nuit, le malade a eu un délire très violent ; tout son corps est agité de convulsions cloniques ; elles persistent jusqu'à la mort qui survient à 5 heures du soir.

AUTOPSIE. — Pratiquée le 28 mars, vingt-quatre heures après la mort.

Poumon. — Les deux poumons adhèrent très fortement dans toute leur étendue à la paroi costale et au diaphragme. Ils sont légèrement congestionnés. Au sommet du poumon gauche se trouve un nodule tuberculeux du volume d'une noisette, commençant à se caséifier.

Cœur. — Poids 250 grammes, il existe un épaissement notable du bord libre de la mitrale et quelques plaques d'athérome à la naissance de l'aorte.

Tube digestif. — Normal.

Foie. — Poids 1,900 grammes, sa surface adhère fortement au diaphragme, il est jaune, gras et mou.

Reins. — Ils sont volumineux, blancs, pèsent 190 grammes chaque. Ils se décortiquent facilement, sur la coupe la substance corticale se montre épaissie et décolorée.

Les ganglions axillaires et inguinaux sont hypertrophiés. Dans le pli inguinal droit, l'un d'eux atteint le volume d'une amande.

Cerveau. — Léger œdème des méninges.

Moelle. — Forte congestion de la pie-mère rachidienne.

Examen histologique. — Des fragments de la tumeur du menton et de la plaque du cuir chevelu ont été prélevés quelques heures après la mort et durcis par l'alcool au tiers et à la gomme. Les coupes pratiquées avec ces différents fragments montrent une infiltration complète du derme par de petites cellules rondes ou aplaties par pression réciproque. Sur les coupes traitées par le pinceau on voit un élégant réticulum dans les mailles duquel persistent encore quelques cellules que le pinceau n'a pas chassées.

Examen bactériologique. — De l'étude bactériologique faite avec le pus des surfaces ulcérées de ce malade, nous ne voulons signaler qu'un point : c'est le résultat obtenu par l'inoculation intra-péritonéale de ce pus au cobaye mâle.

Trois cobayes ont été ainsi injectés et tous trois ont présenté le troisième ou quatrième jour une orchite se traduisant par la tuméfaction des bourses avec gonflement des testicules et impossibilité de les faire rentrer dans l'abdomen.

Le premier cobaye s'est rétabli. Le deuxième cobaye a été sacrifié le deuxième jour après le début de l'orchite. Le troisième est mort le septième jour après l'inoculation et le quatrième jour après le début de l'orchite.

Chez ces deux derniers, on trouva à l'autopsie une vaginalite suppurée avec pus épais, jaunâtre, contenant les mêmes nombreuses variétés microbiennes que du pus recueilli chez les malades.

Cette réaction du cobaye avait pu faire penser un moment au farcin ; mais, outre que nous n'avons pu déceler la présence du bacille de la morve, M. Straus, qui a eu l'obligeance de vouloir bien examiner notre cobaye n° 2, nous a fait remarquer que cette orchite différait de celle de la morve par son apparition assez tardive (le troisième jour seulement) par le peu de tuméfaction des bourses qui dans l'orchite morveuse sont au contraire extrêmement enflammées, rouges, luisantes, et par l'aspect même du pus de l'orchite qui n'était pas blanc, presque caséux comme celui de la vaginalite morveuse.

La marche de cette affection a été remarquable par son extrême acuité ; il est vrai que l'éruption ortiée dont le malade a été atteint en 1892, en était probablement une première manifestation, mais elle avait été éphémère ; la maladie due à l'existence du mycosis ne peut être affirmée que depuis la constatation de la petite tumeur du cuir chevelu qui est devenue le point de départ d'une ulcération à extension progressive ; jusqu'en avril 1895, il ne s'est pas produit d'autres altérations ; c'est alors seulement que s'est produite une éruption généralisée qui bientôt est elle-même devenue ulcéreuse.

Le diagnostic n'a pas été sans offrir longtemps de grandes difficultés ; le contour polycyclique des ulcérationes donnait tout d'abord l'idée d'une syphilis et le malade a été longtemps soumis à un traitement mixte par le mercure et l'iodure de potassium ; cependant la persistance et l'aggravation des accidents ont dû conduire à chercher dans une autre direction ; nous nous sommes demandés s'il ne s'agirait pas d'une forme anormale de farcin et les résultats des inoculations pratiquées à deux reprises dans le péritoine des cobayes ont paru, au premier abord, en faveur de ce diagnostic ; en effet, il s'est développé peu de jours après une vaginalite aiguë. M. Straus, dont l'expérience est si grande en cette matière, nous a déclaré que cette manifestation différait par ses caractères de celle que l'on observe avec les produits farcineux : d'ailleurs, la physionomie de l'éruption se modifiait rapidement de jour en jour, des masses végétantes se développaient avec une étonnante rapidité sur nombre des surfaces ulcérées ; le diagnostic de mycosis s'imposait.

Un des traits remarquables de cette dermatose a été la grande variété qu'ont présenté les éléments éruptifs : à côté de ces ulcérationes déprimées ou puissamment végétantes, on voit des lésions tout à fait superficielles qui rappellent singulièrement par leur aspect, soit une syphilide papuleuse en groupe irrégulier et circulaire, soit une plaque de trichophytie et persistent avec ces caractères de grande bénignité jusqu'à la fin de la maladie. Mais le point sur lequel nous voulons surtout insister, c'est la production de ces éruptions bulleuses qui ont donné à la dernière période de cette maladie son aspect tout particulier.

La production de poussées bulleuses dans le mycosis a déjà, à plusieurs reprises, été signalée et ce serait une singulière erreur de croire à une simple coïncidence avec un pemphigus.

Dans une présentation faite le 19 avril 1895 avec M. Salmon, l'un de nous a signalé, dans la période prémycosique, un cas d'éruption bulleuse simulant la dermatite herpétiforme ; après avoir récidivé, cette éruption a cessé de se produire pour faire place à une forme maculeuse et tubéreuse de mycosis.

Chez un autre sujet dont l'un de nous a présenté l'observation avec M. Guillemot, il s'est produit tardivement des phlyctènes aux plantes des pieds.

Dans la séance du 23 octobre de la Société de dermatologie viennoise, M. Kaposi a présenté un malade qu'il considérait comme atteint de pemphigus avec plaques d'une remarquable consistance succulente; Neumaun admit qu'il s'agissait là d'une forme bulleuse de mycosis et il dit en avoir observé un cas semblable.

Chez le malade qui fait l'objet de cette communication, ce n'est que tardivement que l'éruption a pris ce caractère bulleux; elle s'est présentée alors surtout sous la forme de saillies papuleuses au centre desquelles se produisait un soulèvement bulleux à contenu tantôt séreux, tantôt purulent; on voyait aussi des soulèvements pemphigoïdes se produire autour des ulcérations serpigneuses; ces éléments bulleux se reproduisaient incessamment; on les a observés sur toute la surface du corps; ils étaient abondants surtout dans le dos et aux plantes des pieds.

Nous résumerons ainsi qu'il suit les conclusions de ce travail :

1° *Le mycosis fongoiïde peut débiter par une néoplasie qui reste longtemps isolée et peut devenir ulcéreuse.*

2° *L'inoculation intra-périlonéale du pus mycosique peut donner lieu chez le cobaye à une vaginalite aiguë qui, à première vue, peut simuler celle de la morve.*

3° *On peut observer concurremment et d'une manière persistante dans le cours d'un mycosis des altérations superficielles remarquablement bénignes à côté de lésions ulcéreuses ou végétantes;*

4° *L'éruption mycosique peut être bulleuse; les bulles peuvent se produire isolément sur une tache érythémateuse; plus souvent elles apparaissent au centre d'une saillie papuleuse; elles peuvent représenter un soulèvement pemphigoïde autour des surfaces ulcérées dont elles constituent alors la zone de propagation; on trouve tous les intermédiaires entre des pustulettes miliaires, des bulles remplies d'un liquide séreux ou purulent du volume d'un gros pois ou plus étendues et les soulèvements pemphigoïdes en bourrelet autour des ulcérations serpigneuses.*

Sur la pathogénie de la dysphagie secondaire.

Par M. AUGAGNEUR.

Tous les syphiligraphes ont mentionné, avec plus ou moins de détails, la dysphagie de la période secondaire de la syphilis, mais aucun n'a donné de son mécanisme une explication définitive. Depuis deux ans, je me suis attaché, avec le concours d'un de mes internes, M. Gallois, à élucider la pathogénie de ce phénomène et je crois être arrivé à un résultat certain.

La dysphagie secondaire a une physionomie assez spéciale. Elle débute sans prodromes, par des symptômes d'abord insignifiants puis de plus en plus accusés. Le malade éprouve d'abord un peu de gêne en avalant, puis une cuisson légère. Quelquefois la dysphagie se réduit à cette gêne insignifiante, parfois elle atteint un degré considérable d'acuité. J'ai eu dans mon service, des malades qui réclamaient des aliments liquides, incapables qu'ils étaient de déglutir des substances de consistance même demi-solides. Cependant jamais la douleur n'atteint les proportions de celle observée dans les angines aiguës évoluant vers la suppuration. La salive est toujours déglutie sans réveiller de sensations trop pénibles ; les liquides passent en général facilement ; enfin, signe important, la douleur ne se manifeste qu'à l'occasion de la déglutition. C'est bien et uniquement de la *dysphagie*, spontanément les sensations douloureuses n'existent pas, il faut le passage des aliments solides pour les provoquer, et surtout des aliments durs ne se moulant pas sur le conduit pharyngien, comme le pain, les fruits secs.

Bien souvent, la dysphagie est assez peu gênante, pour que le malade ne s'en plaigne pas, si on ne l'interroge pas sur son existence.

J'insiste spécialement sur la localisation de la douleur. Avec des malades un peu intelligents, capables d'analyser leurs sensations, on constate que la douleur n'a pas toujours un siège latéral, au niveau des amygdales, mais qu'elle est *médiane* vers la base de la langue, ou la partie supérieure du pharynx. Les malades indiquent souvent, comme siège principal de la douleur, le plancher de la bouche, et la région sus-thyroïdienne.

La palpation dans la région que je viens d'indiquer produit fréquemment une sensation de cuisson, de douleur plus ou moins profonde.

L'*époque d'apparition* de la dysphagie n'a rien d'absolument fixe, mais en général elle coïncide avec les premières poussées secondaires, et survient au cours du deuxième ou troisième mois après le début du chancre. La *durée* est variable et généralement longue ; rarement la dysphagie dure moins de trois à cinq semaines, parfois elle persiste pendant des mois ; Garel l'a vue durer pendant huit mois : chez mes malades je l'ai observée fréquemment pendant trois et quatre mois.

Le phénomène coïncide souvent avec la dysphonie. La disparition est graduelle, les récidives se montrent parfois, mais avec une intensité moindre que celle perçue lors de la première apparition.

Tout cela est bien connu des spécialistes, et je n'insiste pas davantage. Je me borne à rappeler la fréquence d'un symptôme presque banal au point de vue clinique. Sur une série de 63 hommes malades, pris au hasard des entrées dans mon service pendant dix semaines, la dysphagie existait 38 fois. Enfin je rappelle l'importance capitale de la dysphagie prolongée, comme signe de la syphilis, Garel et

son élève Carbonnier ont justement insisté sur cette importance.

Quelle est la cause de la dysphagie ? La première idée qui vient à l'esprit, est de la rattacher à la présence des plaques muqueuses des amygdales. C'est encore l'opinion la plus accréditée, et acceptée notamment par Garel dans son mémoire.

Cette manière de voir n'est pas soutenable parce que tous les spécialistes savent parfaitement que l'absence ou la présence de la dysphagie, ne sont pas du tout liées à la présence ou à l'absence des plaques muqueuses amygdaliennes, M. Fournier a très judicieusement insisté sur cette absence de parallélisme entre la dysphagie et les syphilides bucco-pharyngés. Certains malades sont porteurs de plaques muqueuses ne donnant lieu à aucun phénomène douloureux, d'autres souffrent d'une dysphagie intense sans que l'examen de la gorge révèle la présence d'aucune lésion papuleuse ou évasive. Souvent la dysphagie survit et pendant longtemps à une poussée de plaques qui auraient pu être accusées de provoquer le phénomène, s'il ne persistait pas après leur complète disparition. Tout cela confirme cette opinion de M. Fournier « que de violentes douleurs d'angine peuvent s'observer sans qu'il y ait à la gorge des lésions appréciables. »

La dysphagie n'est pas liée plus étroitement aux états érythémateux, d'ailleurs généralement fugaces, signalés, sur le voile du palais, la luette, les amygdales, pendant la période secondaire.

Legonflement amygdalien, invoqué par Garel et Carbonnier comme déterminant la douleur dans la déglutition n'est pas constant dans la dysphagie, et existe sans que la dysphagie soit observée ; de plus, je l'ai indiqué il y a un instant, la douleur ne siège pas au niveau des amygdales, mais à la base de la langue, dans la région sus-thyroïdienne.

M. Mauriac avait émis l'hypothèse que les muscles du pharynx pouvaient être le siège d'une sorte de myodynïe ; si les muscles sont en jeu, ce n'est qu'indirectement, la myodynïe persistante n'existe pas dans les autres régions, pourquoi ne se montrerait-elle que dans les muscles du pharynx ?

Nous avons, avec M. Gallois, examiné à l'aide du miroir laryngien, 38 malades hommes, atteints de dysphagie et chez tous, nous avons observé une lésion que je vais décrire et que je considère comme la cause directe de la dysphagie.

En arrière du V lingual, sur une petite région de forme quadrangulaire s'étendant du V lingual à la face antérieure de l'épiglotte on voit une saillie d'un volume variable suivant les cas. Ordinairement la tuméfaction a le volume d'une amande à grand diamètre antéro-postérieur, située exactement sur la ligne médiane. Sa teinte rouge sombre, un peu livide, tranche sur la couleur des parties voisines. La surface est presque translucide, comme œdémateuse.

Parfois, au lieu d'une surface homogène, uniformément tuméfiée, on voit une série de saillies rougeâtres quelques-unes isolées, d'autres agglomérées : il semble que l'amande ait été réduite en fragments.

Entre les saillies se creusent des sillons profonds, sur leurs bords se voient comme des cryptes béantes. Il semble, en un mot, qu'un fragment de l'amygdale ait été transporté en arrière du V. lingual.

Jamais nous n'avons constaté la présence de papules ou d'érosions ; des dépôts pultacés assez abondants remplissent les rhagades intermédiaires aux saillies.

L'hypertrophie est toujours bilatérale et symétriquement placée sur la face postérieure de la langue.

Chez les malades ne souffrant pas de *dysphagie* cette lésion rétro-linguale ne se rencontre pas.

Sur les 63 malades de la série étudiée par moi, cette lésion ne se présentait que chez les 38 souffrants de dysphagie.

Cette tuméfaction est produite par l'inflammation des follicules lymphatiques dont la réunion forme ce qu'on a nommé l'*amygdale linguale*. La constitution de cette amygdale, ses rapports avec le muscle lingual expliquent aisément les douleurs au moment de la déglutition. « Les follicules clos, dit Marion (1), sont entourés d'un « riche réseau sanguin dont les plus fines ramifications sont plongées « dans un réseau lymphatique d'une extrême richesse, étudié princi- « palement par Schmidt, Frey et plus récemment par M. Retterer » (Marion).

Au-dessous de ces diverses couches est le muscle lingual supérieur sur lequel ils reposent.

« Par l'intermédiaire du conduit excréteur des glandes en grappe, glandes et follicules unissent le muscle à la muqueuse du moins près de la ligne médiane, car vers les limites latérales de la région l'union se fait directement par insertion directe des fibres musculaires sur la muqueuse. »

Au moment de la déglutition la langue est ramenée en haut et en arrière pour presser le bol alimentaire contre la voûte palatine, grâce à la contraction du lingual inférieur. L'amygdale enflammée est alors comprimée entre le bol alimentaire et le muscle qui se contracte au-dessous d'elle en la tiraillant. C'est de cette compression combinée des corps étrangers et de l'effort musculaire que vient la douleur.

Bridée par la muqueuse, plongée dans une atmosphère celluleuse riche en vaisseaux et en nerfs, sans cesse contusionnée par les muscles sous-jacents, l'amygdale linguale sera douloureuse alors que les amygdales palatines se développant librement vers la cavité pharyngienne ne donneront lieu à aucune sensation douloureuse.

(1) Thèse de Paris, 1894.

La tuméfaction de l'amygdale linguale est sous la dépendance de l'infection générale du système lymphatique, au même titre que l'hypertrophie amygdalienne et que l'adénopathie secondaire.

Il en résulte que la dysphagie est réglée, dans ses conditions d'apparition et d'intensité, par les lois qui régissent la réaction lymphatique au cours de la syphilis. J'ai essayé d'établir (*Société de dermatologie et de syphiligraphie*, février 1895. Thèse de Grivet, Lyon, 1895) que les tuméfactions ganglionnaires sont plus volumineuses, plus nombreuses chez les syphilitiques jeunes et robustes dont l'activité phagocytaire est plus considérable.

Il m'a paru de même que la dysphagie est plus fréquente et plus marquée chez ces mêmes sujets. Les 63 malades que j'ai étudiés au point de vue de la dysphagie, avaient entre 17 et 70 ans : 41 avaient de 17 à 35 ans, 22 de 35 à 70.

La série jeune de 18 à 35 ans se décompose ainsi :

Malades souffrant de dysphagie.....	32
— ne souffrant pas.....	9

La seconde série comprend :

Malades souffrant de dysphagie.....	8
— ne souffrant pas.....	14

Chez les individus de moins de 35 ans la fréquence de la dysphagie est donc de 78 p. 100 des cas, cette fréquence n'est plus que de 36 p. 100, chez les hommes ayant dépassé 35 ans. Parmi les huit cas de dysphagie de la série âgée, il n'en est que deux chez des individus au-dessus de 40 ans sur un total de 12 sujets ayant dépassé cet âge ; la proportion au-dessus de 40 ans tombe donc à 16 p. 100.

La dysphagie est donc un symptôme de la syphilis des gens vigoureux à réactions anti-infectieuses vives. La plupart des auteurs qui ont écrit sur la syphilis chez la femme avaient déjà insisté comme M. Fournier sur la rareté relative de la dysphagie dans le sexe féminin.

Cette immunité relative était attribuée à des causes hygiéniques, peu importantes cependant chez les femmes syphilitiques des hôpitaux dont beaucoup appartiennent à un monde où l'alcool et le tabac ne sont pas des privilèges du sexe masculin.

En réalité la dysphagie est plus rare chez la femme parce que c'est un phénomène de réaction lymphatique et que chez elle les réactions sont moins vives que chez l'homme comme le prouve la moindre fréquence et la moindre intensité de l'adénopathie généralisée secondaire, dans le sexe féminin.

CONCLUSIONS — La *dysphagie* à la période secondaire est très fréquente, au moins chez l'homme adulte.

Elle résulte de la tuméfaction de l'amygdale linguale, influencée par l'intoxication syphilitique comme tous les organes lymphatiques.

Elle a son maximum de fréquence, chez les hommes vigoureux à l'âge moyen de la vie ou dans la jeunesse et se trouve plus intense, quand les ganglions lymphatiques sont plus volumineux et plus nombreux.

M. A. RENAULT. — J'ai constaté la dysphagie secondaire moins fréquemment que M. Augagneur. Mais dans ces cas, l'anneau lymphatique de Waldeyer est pris en entier et je me demande si on peut localiser la cause de la dysphagie dans les lésions de la partie postérieure de la langue.

M. JULLIEN. — Les lésions de la région rétro-linguale dans la syphilis ont été peu étudiées en France. Il n'en est pas de même à l'étranger. Je signale l'opinion de Lewin pour lequel un état lisse de la partie postérieure de la langue est un signe de syphilis et peut servir au diagnostic. Cet état lisse est peut-être consécutif à l'hypertrophie initiale.

M. BARTHELEMY. — L'hypertrophie des amygdales s'observe souvent sans plaques muqueuses et sans que la syphilis soit plus grave quand elle existe. Je demanderai même à M. Augagneur si dans les cas où il a observé les lésions de la langue à sa face postérieure, la syphilis n'a pas été plus bénigne.

M. AUGAGNEUR. — Je répondrai à M. Renault que la dysphagie est en effet moins commune chez la femme, et non pas je crois à cause de l'absence d'action du tabac et de l'alcool. J'ai constaté la dysphagie assez rarement chez des prostituées qui ne s'en privaient pas. Mais la lésion rétro-linguale est peut-être moins marquée chez la femme, de même que les ganglions sont moins développés chez elle que chez l'homme. La dysphagie doit du reste être recherchée. J'ai voulu surtout insister sur la pathogénie qu'elle présente lorsqu'il n'y a pas de lésions pharyngées autres.

M. FERRAS. — Les lésions laryngées ne jouent-elles pas un rôle dans la dysphagie ?

M. AUGAGNEUR. — J'ai constaté assez souvent l'association de la dysphonie à la dysphagie sans trouver de plaques muqueuses. Je me réserve de publier plus tard le résultat de mes recherches à ce sujet.

M. A. RENAULT. — La plus grande rareté de la dysphagie chez la femme est due peut-être à l'anesthésie pharyngée, qui est commune en l'absence même d'hystérie.

Gangrène de la muqueuse du palais dans un cas de syphilis infantile héréditaire.

Par F. BALZER.

Le sujet de cette observation est un petit garçon, âgé de 3 ans et demi,

présentant certains stigmates de syphilis héréditaire : front élevé avec bosses frontales saillantes, base du nez légèrement déprimée, amorphisme et vulnérabilité des dents qui sont en partie gâtées et incomplètement poussées, adénopathies parotidiennes et cervicales. Elevé en nourrice, il a présenté autrefois quelques éruptions cutanées et une périostite suppurée des os propres du nez dont on peut encore reconnaître la trace. Cet enfant ayant été déjà traité en nourrice et ne présentant pas d'accidents nouveaux, j'instituai seulement un traitement préventif en prescrivant un sirop à base d'iodure de fer et d'iodure de potassium, contenant en outre un demi-centigramme de sublimé par cuillerée à bouche. Il devait en prendre deux ou trois cuillerées à café par jour. Ce traitement fut suivi assez ponctuellement pendant les mois de décembre et de janvier, sauf quelques interruptions nécessitées par la diarrhée.

Le 2 février, j'étais appelé près de l'enfant pour examiner une éruption ecthymatoïde qui s'était formée avec un très-petit nombre d'éléments sur les joues et sur l'oreille gauche. Son aspect n'avait rien d'alarmant, mais en même temps on me fit voir une lésion d'un caractère particulier siégeant à la bouche et dont on s'était aperçu depuis quatre ou cinq jours. Il s'agissait d'une plaque noire placée sur le côté gauche de la voûte palatine, à deux millimètres environ de la ligne médiane. Cette plaque offrait manifestement les caractères d'une eschare gangréneuse, noirâtre, d'apparence sèche, très rétractée par rapport à la muqueuse saine, un peu rude et sèche sous le doigt. Elle s'était formée dans l'étendue de près de deux centimètres de long sur un centimètre de large, sans que l'enfant ait manifesté aucune souffrance ; on s'en était aperçu par hasard en lui nettoyant la bouche. L'état général était toujours excellent.

Redoutant à cause du mauvais état des dents une stomatite mercurielle qui dans ces conditions aurait présenté de sérieux inconvénients, je renonçai aux injections mercurielles auxquelles je pensais tout d'abord. On commença le jour même un traitement mixte par les frictions et par l'iodure de potassium. Les frictions à la dose de deux grammes d'onguent napolitain furent d'abord quotidiennes, puis faites tous les deux jours à partir de la dixième. L'enfant en a reçu en tout environ dix-huit. Le traitement par l'iodure de potassium, commencé à un gramme par jour, fut poussé jusqu'à la dose de 3 grammes par jour dès la fin de la première semaine.

Sous l'influence de ce traitement les éruptions de l'oreille, puis de la joue, guérèrent promptement. La gangrène palatine s'accompagna d'une rougeur inquiétante qui se prolongeait en traînée linéaire dans la direction du voile du palais ; elle progressa même un peu pendant les trois premiers jours du traitement, puis elle resta stationnaire. L'eschare avec le temps devint un peu moins foncée ; le sillon d'élimination se forma d'abord du côté de la ligne médiane, et progressivement ensuite sur toute la périphérie. Il était difficile de se rendre compte de son épaisseur et de savoir si le périoste et l'os étaient compromis. Aussi l'inquiétude fut très grande pendant tout le mois de février.

Le 6 mars, l'eschare disparut tout à coup, probablement détachée et déglutie par l'enfant. Je vis celui-ci le lendemain : manifestement le tra-

vail de la cicatrisation avait beaucoup progressé pendant l'élimination de l'eschare, car on ne voyait plus à sa place qu'une surface rouge, irrégulière, déprimée. Évidemment le traitement était intervenu à temps pour limiter l'extension de la gangrène en profondeur. L'évolution totale de la lésion s'était faite en 42 jours environ, pendant lesquels l'état général de l'enfant fut toujours très satisfaisant. Les hautes doses d'iodure de potassium n'eurent d'autre inconvénient que de provoquer un peu d'enrouement et quelques boutons d'acné sans importance.

La cause directe de cette gangrène de la muqueuse palatine nous semble devoir être rapportée à la syphilis. On ne peut songer à un noma limité dû à d'autres causes chez un enfant d'ailleurs bien portant et qui n'avait été atteint d'aucune maladie infectieuse aiguë, et dont la bouche était l'objet de soins quotidiens très suffisants. Nous croyons devoir porter le diagnostic d'*artérite syphilitique* portant sur une branche importante de l'artère palatine antérieure. (1) Les heureux effets du traitement qui se sont manifestés à la fois sur cette lésion et sur les lésions cutanées survenues en même temps nous ont semblé confirmer le diagnostic. Les hautes doses de potassium (3 gr. par jour pour un enfant de 3 ans et demi) ont été supportées avec une aisance remarquable. L'iodure doit être manié avec une grande prudence chez le nouveau-né, mais chez l'enfant on peut, en procédant graduellement arriver à des doses massives comparables à celles que l'on peut prescrire aux adultes ; notre observation en fournit un nouvel exemple.

M. BARTHÉLEMY. — Je ne crois pas que l'artérite puisse à elle seule amener la gangrène ; il faut en plus une infection microbienne d'origine superficielle.

M. BALZER. — Cela n'est pas contestable. Mais mon observation est destinée à prouver l'existence d'une gangrène à la suite d'une artérite, dans un tissu qui ne présentait ni gommes ni lésion autre. Je ne nie pas le rôle du microbisme superficiel.

M. AUGAGNEUR. — J'ai eu l'attention attirée sur la nécrose du maxillaire dans la syphilis héréditaire infantile et l'ai fait étudier par mes élèves.

M. HALLOPEAU. — Il faut, au point de vue de la pathologie générale, distinguer la nécrose simple de la gangrène ; celle-ci ne se produit que dans les tissus en rapport avec l'air extérieur.

M. JULLIEN. — Gosselin avait soutenu cette idée que les lésions du

(1) La nomenclature des artères palatines n'est pas la même pour tous les anatomistes ; nous adoptons ici la dénomination employée dans le *Traité d'anatomie* de M. POIBIEE, tome IV. Il est probable que dans le cas observé la gangrène dépendait d'une artérite portant sur une branche moyenne de l'artère palatine antérieure. Mais les lésions vasculaires devaient dépasser les limites du point sphacélé, ainsi

maxillaire inférieur ne sont jamais de nature syphilitique. C'est là une notion erronée, à laquelle j'ai complètement renoncé.

Note sur la prolongation excessive de la période secondaire, et par conséquent de la contagiosité de la syphilis, dans ses formes bénignes.

Par M. BARTHÉLEMY.

Depuis d'assez longues années, mon attention a été attirée sur la durée anormalement prolongée des accidents secondaires, et par conséquent de la contagiosité de la syphilis.

Il ne s'agit pas ici de ces syphilis malignes, produisant coup sur coup des accidents graves, ulcéreux, mutilants et portant une profonde atteinte à la santé générale. J'ai en vue au contraire les formes bien tolérées, produisant des accidents locaux légers et superficiels, mais sans cesse renouvelés, soit qu'un traitement soit fait, et alors les accidents reparaissent dès qu'on cesse la médication spécifique, soit qu'aucun traitement n'ait jamais été suivi, ou encore que ce traitement ait été insuffisant ou irrégulier.

Dans les « *Jeudis de Saint-Louis* », j'ai présenté jadis à la Société une malade syphilitique, épouse d'un mari syphilitique et mère de plusieurs enfants manifestement hérédo-syphilitiques. Cette femme avait été traitée pour sa syphilis *quatorze années* auparavant et venait d'accoucher à terme d'un enfant vivant mais couvert d'érosions et de papules syphilitiques comme aurait pu l'être l'enfant né dans les premières années de l'infection.

En 1892, j'ai eu l'occasion d'observer un fait de syphilis conjugale, le mari ayant eu la syphilis *six années* auparavant, s'en étant traité, peut-être insuffisamment, peut-être aussi trop peu de temps, mais se croyant guéri parce que plusieurs années (au moins deux) s'étaient passées sans qu'il eut remarqué de manifestations pouvant être considérées comme syphilitiques.

En ceci, peut-être s'était-il trompé. En tout cas, au moment même où il m'amenait sa jeune femme sur qui je trouvais un chancre syphilitique périvulvaire récent mais incontestable, je constatai sur lui des érosions et des fissures bucco-linguales, aussi nettes que superficielles, et des syphilides érythémateuses et squameuses, eczématoïdes, superficielles aussi, du scrotum.

Je trouvais d'ailleurs, dans mes notes les observations de plusieurs autres malades présentant encore, et bien qu'ils se fussent traités par

qu'en témoignait l'existence du pinceau vasculaire qui se prolongeait dans la direction du voile du palais.

les moyens classiques, suffisamment, en apparence du moins, des syphilides linguales érosives et desquamatives, bien que le début de leur infection remontât de six ou huit années.

Ayant parlé de ces cas à M. le professeur Fournier, ce maître me dit avoir observé aussi un certain nombre de cas de syphilides érosives sur les muqueuses, squameuses ou papulo-squameuses sèches, mais toutes superficielles, tenaces et constamment récidivantes, chez des sujets dont la syphilis remontait à 10, 12 et 14 ou 15 années.

Ces faits m'avaient assez vivement frappé pour que je me fusse fait inscrire en 1892 sur le programme du Congrès de Vienne pour les exposer. Ce n'est qu'au dernier moment que je préfèrai faire ma communication sur les *hypodermies*.

Ces accidents me semblent pourtant prêter à diverses considérations peut-être plus importantes que les faits eux-mêmes.

Dans tous les cas, ce qu'il y a lieu de noter avant tout, c'est la bénignité de la syphilis, en même temps que la superficialité des accidents contrastant avec leur multiplicité, leur ténacité sans traitement, ou leur récidivité constante dès qu'on cesse la médication spécifique. Ces récidives continuelles finissent par inquiéter, décourager le malade qui se désole d'être toujours ainsi sur le « qui vive » et perpétuent le péril vénérien autour de lui.

L'infection, je le répète, est bien tolérée par l'organisme ; il n'y a ni céphalée, ni périostite, ni dénutrition, ni dystrophie, pas même de neurasthénie. On ne trouve chez ces sujets aucun des facteurs assez habituels de gravité de la syphilis, sur lesquels a insisté M. le professeur Fournier, alcoolisme, misère, grossesse, tabagisme, impaludisme, etc. Les lésions ne sont pas profondes, mais elles reviennent dès qu'on interrompt les spécifiques.

A l'occasion des statistiques de mon service de Saint-Lazare, j'ai prié le Dr Jacques de rechercher dans quelle proportion pouvaient se rencontrer ces cas de pérennité de la période contagieuse, dans des syphilis bénignes à tout autre point de vue. Car il s'agit bien de phénomènes secondaires et contagieux ainsi que l'ont malheureusement démontré plusieurs cas de contagion.

Or, sur 531 malades, 20 se trouvèrent dans les conditions indiquées, soit un peu plus d'une sur 25 malades. Voici, du reste quelques détails sur ces observations.

20 malades dont la syphilis remontait à quatre années et plus, au moment de leur entrée à Saint-Lazare (statistique portant sur 531 malades et présentant des accidents encore contagieux).

1. Louise B..., 27 ans, entrée le 24 août 1892. Angine syphilitique, plaques muqueuses à la langue, syphilides ulcéreuses à la vulve (alcoolique). Syphilis datant de huit ans.

2. Marie M..., 23 ans, entrée le 30 janvier 1893. Plaques muqueuses (vulve et anus). Syphilis datant *de six ans*.

3. Jeanne M..., 30 ans, entrée le 25 septembre 1893. Plaques muqueuses sur la lèvre inférieure. Syphilis datant *de neuf ans*.

4. Louise M..., 23 ans, entrée le 15 mars 1894. Plaques muqueuses (petites lèvres). Syphilis datant *de quatre ans*.

5. Louise R..., 22 ans, entrée le 2 mars 1894. Plaques muqueuses (lèvre supérieure et commissure gauche). Syphilis datant *de quatre ans*.

6. Joséphine G..., 34 ans, entrée le 6 juillet 1895. Glossite secondaire superficielle. Syphilis datant *de douze ans*.

7. Victoire M..., 28 ans, entrée le 3 août 1892. Syphilides papulo-érosives trophiques (fesses, anus, grande lèvre droite). Syphilis *de neuf ans*.

8. Victorine P..., 25 ans, entrée le 6 septembre 1893. Syphilides fissuraires, érosives, papuleuses et desquamatives de la langue et de la lèvre inférieure. Pas de traitement spécifique antérieur; ni tabac, ni alcool. Syphilis *de cinq ans*.

9. Lucie D..., 28 ans, entrée le 13 octobre 1893. Syphilides de la langue. Syphilis *de quatre ans*.

10. Honorine B..., 46 ans, entrée le 24 août 1894. Syphilides papulo-ulcéreuses (pourtour anus). Syphilis *de dix ans*.

11. Anna P..., 38 ans, entrée le 26 juillet 1894. Syphilides papulo-circinées (partie inférieure avant-bras gauche). Syphilis *de huit ans*.

12. Marguerite K..., 35 ans, entrée le 30 juillet 1894. Syphilides érosives (face interne et bord libre de la petite lèvre droite). Syphilis *de dix ans*.

13. Augustine C..., 29 ans, entrée le 23 avril 1894. Syphilides papulo-érosives (petites lèvres). Syphilis *de cinq ou six ans*.

14. Marie M..., 32 ans, entrée le 5 février 1894. Syphilides de la lèvre inférieure circinées, papulo-circinées, très superficielles, eczématoïdes. Syphilis *de dix ans*.

15. Marie C..., 25 ans, entrée le 3 février 1894. Syphilides ulcéro-croûteuses, papulo-érosives (grande lèvre droite). Syphilis *de huit ans*.

16. Blanche V..., entrée le 13 février 1894. Syphilides de la langue. Syphilis *de quatre ans*.

17. Marie D..., 44 ans, entrée le 21 avril 1894. Syphilides érosives (grandes lèvres). Syphilis *de quatre ans*.

18. Maria H..., 33 ans, entrée le 1^{er} août 1895. Syphilides papulo-pustuleuses plates en groupes et circinées. Syphilis *de quatre à cinq ans*.

19. Louise M..., 20 ans, entrée le 11 juin 1895. Syphilides papulo-hypertrophiques (pourtour anus et fesse droite). Syphilis *de quatre ans*.

20. Marie T..., 25 ans, entrée le 14 janvier 1895. Syphilides papuleuses (petite lèvre gauche). Syphilis *de quatre ans*.

On voit par ce résumé que la santé générale n'est pas atteinte et il faut noter que beaucoup de ces malades ne sont ni misérables, ni alcooliques, ni coutumiers de la cigarette.

Un seul point leur est commun, c'est l'insuffisance, l'irrégularité et parfois l'absence de traitement spécifique.

C'est là la principale raison de la récurrence obstinée de ces lésions

bénignes. C'est cette bénignité même, leur indolence, leur insignifiance fonctionnelle et apparente qui empêchent les malades insouciantes de s'inquiéter et de se faire traiter. Mais le danger social n'en persiste pas moins avec d'autant plus de gravité que la sécurité des sujets est plus grande.

L'absence de traitement démontre encore la bénignité de l'infection ; puisque ces syphilis, presque abandonnées à elles-mêmes, n'ont pas produit d'accidents sérieux, profonds, viscéraux, etc.

Rapprochant ces résultats de ceux que je constatais en ville, je dus conclure que dans les cas où la syphilis avait de ces récives continues malgré un traitement spécifique en apparence suffisant (pilules, sirops ou frictions mêmes), c'est que la dépuration ainsi obtenue n'était ni assez puissante, ni assez profonde pour être efficace ou durable.

Dans plusieurs cas, je pus recourir au traitement intensif par les injections de calomel, administrées à plusieurs reprises et je pus ainsi arriver à faire disparaître (et cette exonération persiste déjà depuis plus de deux ans pour quelques malades), à faire disparaître, dis-je, des manifestations sans cesse renouvelées depuis plusieurs années.

Une autre particularité me semble digne d'être signalée à votre attention à l'occasion de ces syphilis bénignes à manifestations incessantes et tardives. Dans deux cas, j'ai pu constater et suivre des syphilis irrécusablement nées de ces syphilides superficielles bien que tardives. Or j'ai été frappé de la bénignité de ces dernières infections, surtout si on les compare à d'autres produites par des syphilis plus récentes, plus actives, moins combattues.

Y a-t-il là une simple coïncidence ? Ou bien ces faits prouvent-ils que, indépendamment de la question de terrain que je soulevais ou renouvelais dernièrement ici, il y a une différence d'intensité dans les infections syphilitiques, selon qu'elles dérivent de syphilides du début de la période secondaire ou bien de lésions de même degré mais constituant des manifestations de syphilis déjà atténuées, soit par le temps, soit par le mercure. Je ne fais ici que poser cette question, soit que votre expérience, soit que des recherches ultérieures, par confrontation par exemple, permettent d'y apporter une réponse catégorique.

Quoi qu'il en soit, il est des cas, d'une certaine fréquence, où la syphilis, soit qu'elle soit abandonnée à elle-même, soit, plus rarement mais incontestablement, qu'elle ait été suffisamment traitée, occasionne des accidents secondaires (bouche, vulve, scrotum, téguments) longtemps et constamment récidivants, et où la maladie, bien que bénigne dans ces manifestations et bien que tolérée par l'organisme, voit s'éterniser sa contagiosité. Cela revient à dire que ces formes, peu dangereuses pour le sujet, constituent pour la santé

publique un danger réel par leur fréquence, par leur durée, par leur indolence même.

M. FEULARD. — La question soulevée par M. Barthélemy est justement à l'ordre du jour du Congrès de Londres ; chargé par le Comité de faire un rapport sur ce sujet j'ai déjà réuni quelques éléments de mon travail. Je crois que les faits les plus précieux à rechercher pour éclairer ce point très délicat de l'histoire de la syphilis sont ceux de contagion conjugale avérée et s'étant produits alors que le conjoint, syphilitique déjà depuis longtemps, a reçu de son médecin, et après traitement suffisant, l'autorisation de se marier. Ces observations, si elles sont bien prises (j'en ai deux cas observés sur de malheureux confrères), auront une réelle valeur ; je prie tous nos collègues de vouloir bien faire appel à leurs souvenirs dans ce sens, et je serais très heureux qu'ils voulussent bien me communiquer leurs résultats.

Quant à savoir si les syphilis qui naissent de syphilis déjà anciennes et bénignes sont elles-mêmes bénignes, je puis seulement dire que, dans les deux faits auxquels je viens de faire allusion, l'une des deux jeunes femmes syphilitique depuis onze mois avait, quand je l'ai vue, une syphilide ecthymateuse en divers points du corps et la syphilis de son mari remontait à huit ans.

Je n'ai pas été témoin de l'évolution des accidents dans le second cas, mais l'autre jeune femme porte sur le visage des cicatrices profondes, vestiges de syphilides ulcéreuses qui ont été, m'a-t-on dit, fort tenaces.

M. FERRAS. — J'ai observé un malade qui a contagionné sa femme huit ans après le chancre.

M. AUGAGNEUR. — Il y aurait lieu de rechercher s'il s'agit dans les faits de M. Barthélemy de syphilis ayant donné lieu à des accidents continus, ou de syphilis avec périodes prolongées de rémission.

M. BARTHÉLEMY. — En général il s'agit, au moins à Saint-Lazare, de syphilis à accidents continus répétés pendant des années sans rémission durable.

Mais j'ai vu un malade qui, après deux ans, pendant lesquels il n'avait présenté aucun accident, a contagionné sa femme. Il présentait sur la langue de petites fissures, paraissant insignifiantes.

M. FEULARD. — Il est fort difficile pour ne pas dire impossible de savoir quel était l'accident qui a donné naissance à la contagion : beaucoup de petites lésions cependant contagieuses sont éphémères et comme l'infection du conjoint ne se révèle que plusieurs semaines après, il y a bien des chances pour que la lésion contagionnante soit depuis longtemps disparue.

M. MAURIAC. — On ne peut, dès que la syphilis est parvenue à une période un peu avancée, distinguer cliniquement les accidents contagieux des autres. J'ai vu un malade à qui j'avais permis le mariage, donner la syphilis à sa femme, huit ans après son chancre. Un autre malade que je pensais guéri a présenté au bout de six ans des accidents qui se sont

révélés contagieux également. J'ajouterai que ces accidents virulents de la syphilis sont des plus résistants à la thérapeutique. Il y a lieu, je pense, de remercier M. Barthélemy de sa communication qui ouvre une discussion capitale en syphiligraphie.

Sur deux cas de lymphadénie avec éruptions prurigineuses,

Par H. HALLOPEAU et A. PRIEUR.

Il est d'observation, ainsi que l'a établi l'un de nous, qu'il ne se produit pas dans le mycosis fongoïde de papules prurigineuses malgré l'intensité, on peut dire la violence, et la persistance remarquables que présente souvent le prurit dans cette dermatose : les grattages frénétiques auxquels se livrent les malades donnent lieu à des exco-riations, parfois à des croûtelles, mais non aux papules caractéristiques du prurigo (1).

Il nous paraît digne d'intérêt d'opposer à ces faits deux cas d'adénopathie avec leucémie dans lesquels, au contraire, les démangeaisons se sont traduites par la production d'éruptions prurigineuses des plus caractérisées : elles peuvent être résumées ainsi qu'il suit :

Le nommé Maxime Th..., âgé de 31 ans, palefrenier, entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Bazin, n° 55, le 23 février 1896.

Rien n'est à noter dans ses antécédents héréditaires, pas plus d'ailleurs que dans ses antécédents personnels où l'on ne trouve qu'une période de fièvres intermittentes d'un mois, vers l'âge de 17 ans. Il s'est marié à 22 ans et a maintenant quatre enfants dont la santé est excellente.

Il y a quinze mois environ, le malade s'aperçut de la présence, au-dessus de la clavicule gauche, d'un ganglion un peu douloureux. Peu à peu, l'adénopathie gagna du terrain en s'avancant au-devant de la partie antérieure du cou. Par suite de l'augmentation de volume considérable des ganglions et de la distension des téguments qui les environnent, le cou est arrivé peu à peu, il y a cinq à six mois, à son aspect actuel. En juillet 1895, le malade fut traité à Saint-Antoine, dans un service de chirurgie, où, après examen du sang, il lui fut donné jusqu'à seize gouttes de liqueur de Fowler par jour. Il continua ce traitement chez lui pendant un certain temps ; il calmait un peu, au dire du malade, les irradiations douloureuses qui commençaient à se faire sentir dans le bras gauche.

Il y a trois mois, Th... vint à la consultation chirurgicale de l'hôpital Saint-Louis : on lui enleva un fragment de la tumeur ganglionnaire sus-claviculaire gauche ; puis, huit jours après, l'examen étant fait, on lui dit qu'aucune intervention n'était possible et on lui donna à prendre du sirop de Gibert.

(1) Nous conservons intentionnellement le nom de prurigo à l'éruption papulo-croûteuse que peut provoquer le prurit, quelle qu'en soit la cause.

Il y a sept à huit mois, apparut un prurit qui ne tarda pas à se généraliser, et qui, sauf quelques rémissions de courte durée, n'a fait que s'exagérer jusqu'à ce jour.

État actuel, le 23 février. — Le malade dont les forces diminuent chaque jour demande à entrer à l'hôpital.

Le cou présente un élargissement considérable de sa partie inférieure ; sa forme est celle d'un tronc de cône dont la base en forme de bourrelet empiète sur la face antérieure du thorax. A la face postérieure du cou, ce bourrelet n'existe pas ; la chute de la nuque est normale ; l'élargissement du cou est toutefois aussi appréciable qu'en avant par suite du changement notable de conformation des parties latérales.

Cette déformation est due surtout à une augmentation de volume énorme des ganglions ; en outre, les tissus donnent à la palpation une sensation toute particulière de tension élastique.

La tumeur ganglionnaire la plus volumineuse siège au-devant de la clavicule gauche : elle est grosse comme un œuf de poule et adhère aux plans profonds, mais laisse la peau libre. Au-dessus et en avant d'elle, mais plus profondément situés, sont d'autres ganglions de volume moindre. Les plus petits sont mobiles ; les autres sont adhérents profondément comme la tumeur principale. A partir de la ligne médiane en se dirigeant à droite, on perçoit cet état particulier de tension indiqué plus haut ; il laisse reconnaître par la pression un grand nombre de ganglions de volume inférieur à ceux de gauche. Cet état particulier se prolonge en arrière pour s'arrêter au niveau de la crête épineuse.

Le larynx et la trachée sont fortement refoulés à droite par les masses ganglionnaires gauches.

Le prurigo, qui est apparu il y a sept ou huit mois, est allé sans cesse en progressant. Il est généralisé à toute la surface du corps, mais surtout marqué aux bras et à la partie postérieure des cuisses.

On voit en outre des cicatrices, formées d'abord d'une partie centrale blanche et brillante qu'entoure une zone pigmentaire très marquée, puis, au bout d'un certain temps, d'une simple tache pigmentaire.

La peau est souple ; on n'y constate nulle part de nodosités. L'aisselle et le pli de l'aîne, de chaque côté, sont le siège d'adénopathies peu considérables.

Les troubles résultant de la compression exercée par les tumeurs ganglionnaires cervicales sont très intenses.

La respiration est extrêmement gênée, à tel point que, par moments, surtout la nuit, le malade sent venir l'asphyxie ; il se produit, surtout pendant le sommeil, un certain degré de cornage ; la toux est retentissante ; à l'auscultation, on perçoit un souffle très marqué des deux côtés, mais surtout à gauche.

La déglutition se fait quelquefois difficilement : le gêne est toutefois d'intensité variable d'un jour à l'autre.

Le pouls radial gauche est beaucoup plus faible que le droit. A certains moments de la journée, il se produit dans le bras gauche, s'irradiant de l'épaule vers le coude, des douleurs extrêmement vives.

La rate est grosse.

Le malade est traité, dès son arrivée, par l'injection quotidienne de 0,50 centigr. d'un mélange de 10 grammes de liqueur de Fowler avec 20 gr. d'eau distillée.

Du 23 février au 20 mars, ces injections sont continuées régulièrement. Néanmoins, la situation reste stationnaire avec alternatives d'amélioration et d'aggravation. Il est des jours où les phénomènes de compression s'ament, d'autres où ils sont tellement intenses qu'un accident est à craindre.

Si le prurit a diminué, les tumeurs ganglionnaires croissent lentement et deviennent le siège de vives douleurs.

L'examen du sang révèle une quantité énorme de globules blancs. On compte environ un leucocyte par six ou sept globules rouges. La plupart des globules blancs sont polynucléaires. Il n'y a pas de cellules éosinophiles.

Un fragment de peau est pris au niveau de l'omoplate, un peu à gauche de la crête épineuse, et examiné au microscope : il ne présente aucune lésion. C'était pourtant le seul endroit où la peau semblât s'être un peu épaissie.

Le 21, on cesse les injections qui finissaient par être mal supportées par le malade ; il éprouvait, après chacune d'elles, un malaise général des plus pénibles.

Du 21 au 29 mars, une certaine amélioration se produit ; le malade, qui se sent plus robuste, quitte l'hôpital le 29, mais pour y rentrer le 3 avril, l'oppression devenant de plus en plus forte, les ganglions de plus en plus volumineux.

Tels sont les phénomènes présentés par Th... depuis l'apparition première des adénopathies sus-claviculaires jusqu'à ce jour.

Il semble bien que l'on doive ici rapporter à l'altération du sang le trouble de l'innervation cutanée qui se traduit chez ce malade par ce prurit et ce prurigo, puisque l'examen de la peau a donné lieu à des résultats purement négatifs.

Dans le fait suivant, dont M. Jeanselme a bien voulu nous communiquer l'observation, on voit encore la même triade, adénopathies, leucémie moins prononcée que dans le cas précédent, mais néanmoins caractérisée, et prurit intense avec éruption prurigineuse.

Il s'agit d'un homme de 28 ans, Eugène G..., qui entra au pavillon Gabrielle le 20 juin 1893. Au mois de décembre précédent, cet homme, déjà porteur de glandes nombreuses et volumineuses dans la région cervicale, fut atteint d'une éruption très prurigineuse qui dura trois mois, cessa, puis reparut, sans jamais cette fois disparaître tout à fait.

Au moment de son entrée à l'hôpital, le malade est très émacié et présente un teint bistré, la peau grise et sèche des individus atteints de cachexie palustre : jamais, cependant, il n'a eu d'accès intermittents. Son anémie est extrême, il s'essouffle vite ; il présente un souffle anémique marqué à la base ; le pouls est petit et fréquent ; pas de maux de tête, ni de bourdonnements d'oreilles, ni d'œdème des membres inférieurs.

Au niveau du cou, on constate de nombreux ganglions, la plupart du

volume d'un noyau de cerise. Plusieurs toutefois ont le volume d'une grosse noisette ou même d'une petite noix (au dire du malade certains gros ganglions auraient disparu). Toutes ces glandes sont indolentes et glissent facilement sous la peau.

Dans l'aisselle droite est un paquet ganglionnaire de la grosseur d'une petite pomme; il n'y en a pas dans l'aisselle gauche. Les plis inguinaux portent une pléiade ganglionnaire volumineuse et indolente. Le malade n'a pas d'accès de suffocations et les ganglions du médiastin ne paraissent pas hypertrophiés..... La rate est volumineuse (12 centim. de longueur) et a pris une forme discorde; le foie est un peu hypertrophié.

Sur toute la surface de la peau, on constate de très nombreuses croûtes brunes au-dessous desquelles on découvre de petites exulcérations. Sur beaucoup d'éléments la croûte brune est tombée; il persiste à son niveau une petite tache achromique bordée d'un cercle brun, si bien que, dans les points où ces taches décolorées sont nombreuses, les téguments prennent un aspect moucheté spécial. Il en est ainsi plus particulièrement sur le dos du pied, aux deux jambes et aux plis des coudes. On remarque en outre, sur toute la peau, de longues traînées brunes qui sont l'indice de grattages acharnés.

En aucun endroit, on ne constate d'épaississement de la peau.

L'examen du sang a révélé un leucocyte par cent hématies.

Ici encore il s'agit d'une lymphadénie avec leucémie sans altérations appréciables de la peau autres que celles que produit le grattage.

Nous formulerons ainsi qu'il suit les conclusions qui résultent de ce travail :

1° *Il peut se produire dans la leucémie un prurit intense qui se traduit par la production d'une éruption de prurigo;*

2° *Toutes les parties du corps sont intéressées, y compris les plis de flexion;*

3° *La production de cette éruption contraste avec ce que l'on observe dans le mycosis où les mêmes sensations prurigineuses ne donnent lieu qu'à de simples excoriations ou à de l'érythème;*

4° *Elle ne paraît coïncider avec aucune altération appréciable du tégument; il est même probable que, si elle s'y produit, c'est parce que la peau ne présente pas la même altération que dans le mycosis; selon toute vraisemblance, c'est en effet cette altération qui empêche le tégument de réagir dans cette affection, sous l'influence du prurit, comme il le fait normalement, par une éruption papulo-croûteuse;*

5° *En l'absence de lésions cutanées, c'est à l'altération leucémique du sang que l'on peut, en pareil cas, selon toute probabilité, attribuer la cause prochaine de ce prurit et de l'éruption qu'il provoque.*

M. DARIER. — Un malade du service de M. Besnier atteint de spléno-

mégalie, c'est-à-dire de lymphadénie aleucémique, présente les mêmes symptômes et les mêmes lésions de prurigo que le malade de MM. Hallopeau et Prieur.

**Sur un lichen plan en cravate et un lichen plan buccal
avec éléments acuminés.**

Par H. HALLOPEAU.

La discussion sur les rapports entre le lichen de Wilson et le lichen acuminé ne paraît pas près de s'éteindre; chaque année nous apporte de nouvelles dissertations sur ce sujet rebattu; il nous paraît donc utile de faire connaître les faits qui peuvent concourir à l'élucider: il en est ainsi de ceux que représentent les deux malades que nous avons l'honneur de signaler à l'attention de la société.

N..., âgé de 46 ans, remarqua, il y a un an environ, l'apparition d'une plaque rouge et un peu saillante sur le côté gauche de son cou; six mois après, une lésion semblable se développait sur la partie antérieure de cette même région et bientôt l'éruption en envahissait presque tout le pourtour, dessinant ainsi une sorte de cravate; il remarqua aussi des plaques éruptives aux plis des coudes, au creux de l'aisselle droite, aux creux poplités et sur la fesse gauche.

Cette dermatose, prurigineuse, surtout la nuit, présente actuellement les caractères suivants:

Creux poplité gauche. — L'éruption y est composée surtout d'éléments acuminés, du volume d'un grain de millet à celui d'un grain de chènevis, présentant pour la plupart un poil à leur partie centrale. Ils sont indurés, d'une rougeur intense et disparaissent sous la pression du doigt. Quelques-uns sont de forme arrondie et obtuse. Il y a en outre, au milieu de la région, une tache érythémateuse à contours irréguliers.

Creux poplité droit. — L'éruption y est semblable, mais plus circonscrite; on y voit des éléments acuminés et obtus reposant sur une surface érythémateuse, elliptique, qui mesure 3 centim. verticalement sur 1 centimètre et demi transversalement.

A la partie supéro-externe des cuisses, on voit une éruption discrète de papules acuminées sur une surface d'environ 5 centim. de diamètre; elles présentent à leur centre un poil ou une croûte; on y remarque en outre d'autres éléments plans, polygonaux et luisants. Leur volume varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'un grain de chènevis.

Dans les plis des coudes, se trouvent des plaques érythémateuses parsemées d'un grand nombre de saillies planes et polygonales ou acuminées; quelques-unes sont disposées en séries linéaires. La surface intéressée mesure environ 6 centim. verticalement sur 4 transversalement.

Il existe des plaques semblables au-devant des aisselles; à droite, on voit une série linéaire de papules; du côté gauche, les lésions sont moins prononcées.

L'altération la plus remarquable se trouve au niveau du *cou*. La plaque initiale, située sur le côté gauche de cette région à 2 centim. au-dessus de la clavicule, mesure actuellement 4 centim. d'avant en arrière sur 25 millim. verticalement. Ses contours sont polycycliques. Elle est formée, à sa périphérie, par des papules planes, se détachant nettement des parties saines, d'un rouge sombre, disparaissant incomplètement sous le doigt et parsemées de teintes opalines. Des éléments semblables se rencontrent dans l'aire de la plaque.

Cette dernière parait avoir été constituée par la réunion de plusieurs groupes de papules, disposées en figures irrégulièrement circulaires. Tout autour, on voit un semis de petites papules miliaires; les unes sont polygonales, avec dépression centrale, les autres acuminées. La peau qui les sépare est légèrement érythémateuse.

Au-devant du cou, à distance égale de la saillie thyroïdienne et de la fosse sus-sternale, existe une autre plaque semblable, mesurant 32 millim. transversalement sur 1 centim. verticalement. Elle offre absolument les mêmes caractères et présente aussi, à sa périphérie, un semis d'éléments papuleux.

Ces deux plaques principales, l'une au-dessus du sternum, l'autre au-dessus de la clavicule, se trouvent sur une même ligne transversale. Cette ligne se continue avec un semis d'éléments éruptifs agminés, constituant comme une cravate d'environ deux centimètres de hauteur, tout autour du cou, à l'exception d'un très petit intervalle sur les deux côtés de la plaque médiane. Les éléments qui constituent cette cravate sont aussi, les uns acuminés, avec poils ou croûtelles centrales, les autres plans, polygonaux, isolés ou groupés en séries linéaires.

Dans la cavité buccale, on voit un semis de granulations blanchâtres ou opalines au niveau des plis correspondant aux grosses et petites molaires de chaque côté.

La coexistence, chez ce sujet, d'éléments plans et acuminés est des plus frappantes et néanmoins personne ne pensera à formuler chez lui le diagnostic de pityriasis rubra pilaris : non seulement les localisations caractéristiques de cette maladie au visage, sur le dos des doigts et dans les paumes des mains font ici complètement défaut, mais les éléments n'y présentent pas le groupement régulier de ceux du pityriasis rubra pilaris; leur volume est plus inégal.

Une autre particularité remarquable chez ce malade est l'action évidente qu'ont eue les irritations cutanées sur le développement de la dermatose : nous en avons pour témoin la localisation la plus importante, celle qui dessine régulièrement une cravate autour du cou; les autres localisations correspondent également à des parties irritées plus que d'autres par le frottement des vêtements : il est donc manifeste que ce lichen, quelle qu'en soit la cause prochaine, se produit sous l'influence d'irritations cutanées de cause externe.

Le second malade que nous avons l'honneur de vous présenter est

affecté d'un lichen presque exclusivement limité à la cavité buccale où il atteint des proportions exceptionnelles ; comme dans les six cas rassemblés par Audry dans la littérature médicale, c'est par la bouche qu'il a débuté ; actuellement encore, on ne trouve sur la surface cutanée, que deux très petites plaques à la partie antéro-inférieure des avant-bras et une autre à la nuque ; au contraire, les lésions buccales sont des plus prononcées : elles occupent le bord libre des lèvres, le dos de la langue et la face interne des joues ; celles de la langue simulent à s'y méprendre une leucoplasie buccale, si bien qu'en ville un médecin expérimenté en dermatologie a cru avoir à affaire à une syphilide.

En dehors de cette localisation exceptionnelle, et que n'explique qu'insuffisamment l'usage du tabac, nous désirons appeler l'attention sur la présence, à la face interne des joues, de nombreuses saillies blanches, dures, acuminées, grosses comme des têtes d'épingles ; elles sont entremêlées de plaques étoilées caractéristiques d'un lichen plan comme le sont les papules planes, à coloration opaline, que l'on voit sur les lèvres ; ces éléments peuvent être considérés comme une localisation buccale de ces papules acuminées que nous avons signalées chez notre autre malade ; M. Lukasiewicz s'est appuyé récemment sur un fait analogue pour conclure à l'identité de nature du pityriasis rubra pilaire (lichen ruber acuminatus de Kaposi) et du lichen de Wilson ; ici encore cette conclusion nous paraît tout à fait injustifiable. L'auteur que nous venons de citer commet, suivant nous, une erreur en considérant comme pathognomonique du lichen de Kaposi l'élément acuminé : celui-ci nous paraît en effet ne constituer qu'une lésion banale à laquelle on ne doit pas attacher la signification caractéristique qui appartient aux papules planes du lichen de Wilson ; nous nous fondons, pour émettre cette manière de voir, sur les cas nombreux dans lesquels ces éléments acuminés coïncident avec ceux du lichen plan sans que rien dans les localisations de cette dernière maladie soit aucunement modifié ni qu'il soit permis de penser à un pityriasis rubra pilaire.

La présence de ces éléments acuminés sur la muqueuse des joues est donc loin d'avoir la signification que lui attribue Lukasiewicz ; ce n'est ici qu'une modalité de la dermatose de Wilson.

Nous résumerons ainsi qu'il suit les conclusions qui ressortent de ces deux faits :

1° *Les contacts irritants peuvent exercer une action prépondérante sur les localisations du lichen plan ;*

2° *Le lichen de Wilson peut se traduire par le développement dans la bouche aussi bien qu'à la peau d'éléments acuminés en même temps que de papules planes ;*

3° *Ces faits diffèrent essentiellement du pityriasis rubra pilaire ;*

4° La bouche peut être le siège d'une éruption de lichen d'une abondance et d'une intensité exceptionnelle alors que la surface cutanée reste indemne ou n'est que très peu atteinte.

Note sur les plaques desquamatives tardives de la langue au cours de la syphilis traitée par le mercure.

Par A. MOREL-LAVALLÉE.

Le mois dernier, je fus appelé aux environs de Nice auprès d'un malade atteint depuis 2 ans d'une syphilide papulo-tuberculeuse circonscrite en arcade occupant la plante d'un seul pied et empiétant sur la face dorsale. Trois cures annuelles de 20 ou 30 grammes d'iodure chacune (!), voire quelques pilules mercurielles, n'avaient pu faire disparaître la syphilide chez ce malade qui, vu l'indolence de l'affection, ne s'en était pas autrement préoccupé. Il avait eu la vérole 14 ans auparavant, et en avait reçu une rude atteinte dénutritive, puisque dans l'année qui suivit, on lui conseilla le séjour perpétuel dans le Midi pour une lésion pleuro-pulmonaire du sommet droit, — dont on ne retrouve plus que les traces, bien que cet homme soit devenu un colosse et ne tousse jamais.

Quoi qu'il en soit, m'ayant fait appeler sur le conseil d'un ami commun que je soignais, il accepta de faire une cure par injections de calomel. Quelques jours après la seconde piqure, la syphilide commença de s'effacer, puis disparut rapidement. Vers le vingt-cinquième jour du traitement, alors que mon client venait me remercier, son pied était tellement bien guéri, dit-il, qu'il ne voulut même pas me le montrer ; mais, continua-t-il, « mon psoriasis m'est remonté à la langue, ce qui m'arrive souvent ».

Je constatai alors, sur la face dorsale de la langue, trois ovales carminés, à grand axe antéro-postérieur, longs de plus d'un centimètre, et à la surface desquels le gazon papillaire était absolument rasé, sans qu'aucun rebord périphérique, coloré ou non, vint reproduire quoi que ce fût qui ressemblât à la bordure de la glossite exfoliatrice marginée de Lemonnier. Ma première pensée fut pour des plaques de glossite scléreuse superficielle récidivante, mais la muqueuse, parfaitement souple, blanchissait docilement sous le crayon de nitrate d'argent. L'étendue de ces surfaces dépouillées, l'absence de vésicules, cette fois et les précédentes, excluaient l'herpès. Mon client, fort intelligent et instruit, suivait avec une vive émotion les péripéties de ma diagnose, tremblant à l'idée de plaques muqueuses tardives, c'est-à-dire d'anachronismes d'ordre secondaire, et partant contagieux ; — ce qui dans l'espèce, paraît-il, eût presque fatalement

amené des conséquences déjà irréparables. En raison de sa chronologie pathologique, je rassurai mon client et poursuivis mon enquête; il avait bien remarqué ces lésions linguales fréquemment, et concurremment avec des troubles gastriques, mais seulement depuis sa syphilis, et c'est ce qui l'effrayait. Aussi, pendant qu'il cherchait la source de ces glossites dans la vérole, m'efforçai-je, à l'opposé, d'en pouvoir rattacher l'origine à une intoxication médicamenteuse. J'avais, il y a 3 ans, signalé ce fait étrange que l'ingestion d'antipyrine pouvait, d'après des observations de M. Rey et de moi-même, être suivie de lésions linguales décapillantes absolument syphiloïdes. L'observation que je communiquai à la *Société de dermatologie* dans sa séance du 12 janvier 1893, avait même ceci de particulier que ma malade affirmait être atteinte de semblables plaques linguales chaque fois qu'elle prenait de l'antipyrine, et qu'elle ne présentait aucune autre localisation de toxidermie antipyrinée, comme j'ai pu le constater moi-même. Mon client de Nice n'avait pas pris d'antipyrine, mais il subissait des injections de calomel et ses plaques linguales étaient apparues au moment même où la disparition de la syphilide plantaire attestait qu'il était sous la pleine action du mercure. Dès lors, par analogie, me rappelant la fréquence de la desquamation linguale dans l'hydrargyrie, ainsi que je l'ai relevé dans mon mémoire sur la matière (1), je dis qu'il y a lieu de croire que, chez mon client, une glossite décapillante en aires orbiculaires, rouge et vernissée, absolument syphiloïde, s'est produite vraisemblablement sous l'influence des injections de calomel, comme déjà antérieurement, depuis le traitement de sa syphilis, pareil phénomène s'était montré, à l'occasion sans doute de l'ingestion de substances médicamenteuses, probablement mercurielles.

Mon client n'avait ni stomatite gingivo-génienne, ni même de salivation; mais la jeune femme porteur de la glossite antipyrinée ne présentait ni l'érythème classique dû à cette substance, ni les placards pigmentés fixes décrits par mon ami Brocq et dont j'ai moi-même apporté ici une deuxième observation. Et précisément, je ne fais que protester, depuis que j'ai repassé le mémoire d'Alley et revu la question, contre la tendance de certains médecins se refusant à poser le diagnostic d'hydrargyrie en préface d'une éruption dont le porteur ne présente ni vomissements, ni albuminurie, ni colite, ni même parfois la stomatite, qui pourtant elle, se retrouve le plus souvent (mais non toujours) quand il s'agit d'intolérance pour le calomel. L'hydrargyrie existe fréquemment, je le répète, en dehors de tous phénomènes toxiques du côté des viscères. Elle peut être discrète et ne frapper

(1) MOREL-LAVALLÉE. Des hydrargyries pathogénétiques. *Revue de med.*, juin 1891.

qu'un endroit donné du système tégumentaire ; pourquoi le derme lingual ne serait-il pas celui-là ?

Il suffit en tout cas que la question se pose pour que, dans un cas pareil, le médecin hésite avant de s'arrêter au diagnostic de *plaques muqueuses* tardives de la langue, diagnostic terrifiant pour les conséquences de contamination à soupçonner.

Et, puisque j'ai parlé d'intoxication par le mercure, et en particulier par les injections, qu'il me soit permis de redire ceci : l'intolérance de l'économie pour le mercure (pour un médicament quelconque) peut ne se révéler qu'après une longue période de tolérance ; elle peut ne se produire que pour un seul système ou organe de l'économie ; elle peut ne se manifester que longtemps après la cessation du traitement. Ce dernier fait, avéré déjà pour les stomatites tardives, je l'ai observé à propos de la colite caractéristique de l'intoxication hydrargyrique. J'ai vu, chez un de mes clients, la colite douloureuse et persistante se produire 3 ans de suite, 2 mois ou plus après une série d'injections de calomel formant une dose totale de dix à douze centigrammes de ce sel.

Trois cents cas de gale traités par le baume du Pérou.

Par MM. JULLIEN et DESCOUTEUX.

Cette note est basée sur 18 années d'expérience, tant en ville qu'à l'hôpital, par l'un de nous, et l'étude attentive des cas observés depuis 5 années à Saint-Lazare, 150 sont consignés sur nos registres, un nombre à peu près égal ne l'a pas été, mais les résultats sont bien connus, si bien qu'en évaluant leur nombre à 300, nous sommes certainement au-dessous de la vérité. Tous ces cas ont été systématiquement traités par le baume du Pérou, conformément à la méthode recommandée par Peters (de Prague), Burckhardt, Nothnagel et Rossbach et Tanturri (de Naples), et nous désirons faire connaître les avantages de ce médicament.

Le baume du Pérou agit sur les acares à la façon d'un toxique. On sait que, placés sur un verre de montre et mis en contact avec les vapeurs sulfureuses, ces insectes peuvent rester 16 heures sans mourir, que, dans la fleur de soufre et la pommade d'Helmerich, ils vivent encore pour la plupart au bout d'une heure. Descouteux ayant placé 6 acares au contact du baume put constater que, après 10 minutes, deux étaient morts ; trois autres mouraient au bout de 20 minutes, et le dernier les suivait bientôt. Burckhardt les avait vu mourir entre 20 et 30 minutes, et avait de plus reconnu que les œufs étaient frappés de mort. Il est donc à présumer que la *cinnaméine*, l'huile volatile

qui, d'après Frémy, est la partie essentielle, l'unique constituant même du baume du Pérou, et qui n'est en réalité qu'un *cinnamate benzilique*, tue le sarcopte par asphyxie à distance en même temps que par une sorte d'action corrosive, et non par une simple imbibition qui le ferait éclater, puisqu'on sait qu'il peut vivre jusqu'à 57 jours dans l'eau à 30° (Hébra), et que Descouleurs l'a vu survivre plus de 3 heures et demie à l'immersion dans la glycérine.

L'application du médicament est des plus simples. Pas de lotion savonneuse préalable. Il suffit d'étendre au pinceau une couche légère de baume et de frotter sans violence pour l'étendre sur toute la surface du corps. L'agent par sa volatilité pénètre facilement dans les sillons sans qu'il soit nécessaire de les déchirer ; un bain de propreté est donné ensuite. Pour plus de sûreté, nous faisons enduire nos malades le soir, et le bain est donné le lendemain ; les malades restent ainsi dans l'atmosphère bienfaisante et agréable d'effluves rappelant l'odeur du benjoin, mais cette condition n'est pas indispensable. Quand la maladie est invétérée, il n'y a nul inconvénient à prolonger plus longtemps l'action du remède, car il ne cause aucune irritation et est toujours bien supporté.

Employé systématiquement depuis 5 ans dans le service dont nous parlons, ce remède s'est montré efficace dans tous les cas, sans en excepter des récidives graves et anciennes qui avaient résisté au traitement classique de l'hôpital Saint-Louis. Nous pensons qu'il est impérieusement indiqué chez les sujets à pyodermie étendue : impétigo, ecthyma, furoncles, chez les eczémateux, les affaiblis, les cardiaques, les albuminuriques, certaines gravides, les femmes en période menstruelle et tous sujets auxquels les bains pour une raison quelconque sont interdits ; signalons aussi les nourrissons à épiderme délicat chez lesquels la frotte est inévitablement suivie de dermatite ou de strophulus.

En résumé, c'est un moyen simple, que tout malade peut aisément s'appliquer lui-même, très sûr et précis comme action, d'un prix très modéré, d'une odeur suave qui plaît et qui est particulièrement appréciée des malades de la clientèle. Nous ne connaissons aucune contre-indication contre le baume du Pérou, et les plus chauds partisans des pommades sulfureuses sont bien forcés d'avouer qu'elles en reconnaissent un bon nombre.

M. FEULARD. — L'emploi du baume du Pérou, notamment dans le traitement de la gale, est beaucoup plus usité, je crois, en dermatologie, que ne le pense M. Jullien. J'ai appris depuis plusieurs années de mon excellent maître M. Besnier, la valeur de ce médicament : j'ai vu à Vienne, il y a douze ans, Kaposi traiter ses malades galeux avec le baume du Pérou ; pour ma part, à la polyclinique dermatologique du service de M. le pro-

l'esseur Grancher, je ne traite pas autrement les jeunes enfants atteints de gale. Seulement j'emploie le médicament dans une pommade avec laquelle je fais faire des onctions plusieurs soirs de suite. C'est un moyen très doux. En procédant ainsi on a seulement le petit inconvénient de ne pas savoir exactement à quel moment faire la désinfection des vêtements et de la literie.

J'ajoute que le baume du Pérou est un excellent médicament pour le traitement de certains eczémas anciens, notamment pour les eczémas squameux du cuir chevelu.

M. JULLIEN. — L'application du baume du Pérou pur n'est pas douloureuse.

Lupus érythémateux du cuir chevelu.

Par M. MENEAU.

Parmi les affections du cuir chevelu susceptibles d'amener une alopecie cicatricielle définitive, le lupus érythémateux est une des moins rares, sans être des plus fréquentes. Il est d'un diagnostic aisé, quand il existe en même temps des lésions typiques sur les parties glabres, mais beaucoup plus ardu, quand les lésions sont limitées au cuir chevelu. Il est alors facile de le confondre avec la pseudo-pelade de Brocq et de Ducrey-Stanziale, surtout quand le processus éteint ne laisse persister que la plaque alopecique.

Historique. — Le lupus érythémateux du cuir chevelu a été décrit pour la première fois en France, par Cazenave (1856).

« Au cuir chevelu, cette variété de lupus (la troisième de Cazenave), s'annonce par la chute des cheveux et par la présence de petites écailles grisâtres, sèches, très dures. Si l'on rase les parties malades, on voit çà et là des points dénudés, glabres; ce sont des cicatrices occupant des points précédemment envahis » (*Leçons sur les mal. de la peau*. Paris, 1856, p. 174).

Dans ses *Leçons sur la scrofule*, 2^e édition, 1861, p. 214, Bazin dit : « Quand le lupus érythémateux s'est montré par places sur le cuir chevelu, il laisse, après guérison, des plaques dénudées et quelquefois déprimées, blanches, qui pourraient faire croire, si l'on n'était prévenu, à l'existence antérieure d'un favus ou d'une teigne achromateuse. »

Hardy (*Traité prat. et descr. des mal. de la peau*, 1886, p. 945), s'exprime ainsi : « Cette scrofulide peut aussi se montrer sur le cuir chevelu, et alors le diagnostic est difficile; on voit des saillies d'un rouge foncé, recouvertes de quelques squames; les cheveux s'étiolent et tombent, et, après la guérison, il y a des places blanches qui

peuvent faire croire à l'existence antérieure d'un favus ou d'une pelade. »

Suivant Besnier (*Tratl. avec notes et additions aux Leçons de Kaposi sur la pathologie et le traitement des mal. de la peau*, 1891) le cuir chevelu peut être atteint par le lupus érythémateux discret ou agminé, dans les trois formes que revêt cette affection (lupus érythémateux simple, exanthématique, mixte).

Dans le lupus érythémateux simple, la lésion, symétrique ou non, est constituée par des plaques lisses, légèrement élevées, vernissées ou desquamant à la manière d'un pityriasis ou d'un psoriasis, ou recouvert d'un enduit sec ou huileux.

Dans le lupus exanthématique, la symétrie, la dissémination sont accentuées; il s'y joint un caractère particulier de rémittence, une marche subaiguë, une variété d'efflorescences rappelant le type de l'érythème multiforme (lupus iris).

Dans tous ces cas, que la lésion soit centrale, symétrique ou latérale, la marche de l'affection est lente, l'atrophie progressive est indélébile, inévitable. L'affection évolue périphériquement en même temps que l'atrophie se produit au centre; il faut y joindre une hyperesthésie spéciale au toucher et l'alopecie, ainsi qu'une infiltration plus ou moins accentuée du derme.

Dans la forme érythémato-folliculaire ou mixte, le milieu de l'aire reste d'un rouge érythémateux, maculé par places de rudiments squameux ou crétacés, bordé par une ligne sinueuse crétacée, érythémateuse ou pigmentaire. La rougeur peut s'éteindre au centre et se cantonner à la bordure marquant le processus de progression, délimitant les parties malades des parties saines.

Ou bien la lésion forme un disque unique, ou bien, ce qui est plus fréquent, elle en forme un grand nombre, isolés ou confluent, constituant par leur réunion des aires plus ou moins larges à bords polycycliques. La surface centrale est lisse, atrophie ou cicatricielle, parcourue de télangiectasies rares, glabre par destruction des follicules, recouverte d'îlots desquamatifs plus ou moins épais, mais cohérent toujours fortement.

L'aire atrophique cicatricielle centrale avec alopecie définitive se produit très peu de temps après le début. La rougeur de la plaque initiale disparaît rapidement, fait place à un état marbré suivi lui-même de l'atrophie cireuse éburnée. La desquamation crétacée folliculaire devient de moins en moins prononcée au centre et s'accumule à la périphérie des grandes plaques à bords festonnés irrégulièrement (vestiges des éléments cohérents qui ont formé la grande aire par l'effacement des bords du contour), érythémateux ou pigmentés, selon que le processus extensif continue ou est immobilisé.

Dans son livre sur le *Traitement des maladies de la peau*, parlant

de l'érythème centrifuge symétrique (variété aberrante du lupus érythémateux), M. Brocq dit que parmi les régions le plus souvent atteintes, figure le cuir chevelu où l'affection peut être localisée et où il existe fréquemment des foyers multiples. Il ajoute que l'on observe assez souvent sur le cuir chevelu d'individus atteints au visage d'érythème centrifuge symétrique, des plaques de lupus érythémateux fixes, qui y déterminent une alopecie irrémédiable par destruction complète des bulbes pileux et par formation d'une cicatrice blanche déprimée absolument glabre.

Dans sa revue générale sur le *Lupus érythémateux*, parue dans le n° 119 de la *Gazette des hôpitaux* de l'année 1895, M. Sée dit au sujet du lupus érythémateux du cuir chevelu qu'il offre en général une certaine fixité, même en présence des variétés superficielles de la face. En cela, il est d'accord avec M. Brocq.

Il ajoute que ce lupus forme des taches saillantes, discoïdes, rouges, lisses ou squameuses, qui laissent ensuite des aires cicatricielles indélébiles, absolument glabres, à contours géographiques, faisant de loin penser à des plaques de pelade.

Les observations du lupus érythémateux du cuir chevelu, assez rares, sont la plupart du temps incomplètes.

La plus détaillée que nous ayons rencontrée dans ces dernières années est encore celle de Vidal (*Réunion clinique hebdomadaire de médecine de Saint-Louis*, 1889).

Elle a trait à un cas de lupus érythémateux du cuir chevelu et de la muqueuse buccale. Sur la muqueuse des deux joues, les lésions présentent un fond rougeâtre, déprimé, cerclé d'une bordure rougeâtre, apparent à la vue et facile à constater au toucher, formant des bordures et des arborisations.

Sur le sommet de la tête, Vidal signale simplement une large plaque de lupus érythémateux à bords irréguliers.

Il en est de même de l'observation de Blaschko relatée dans les *Arch. f. Derm. u. Syph.*, de 1891, p. 846, et de celle de Robinson (*Lancet*, 1894, II, p. 573).

Ces observations trop écourtées, ne disent pas grand'chose.

Quant aux traités de dermatologie que nous avons pu consulter, s'ils ont tous mentionné le lupus érythémateux du cuir chevelu, on peut dire qu'aucun n'en contient une description détaillée.

Ayant eu l'heureuse fortune d'en recueillir quatre nouveaux cas grâce à l'obligeance de M. le Dr Dubreuilh, à la clinique dermatologique de la Faculté de Bordeaux, il nous a paru bon de les publier et d'en tirer une description d'ensemble qui permette d'établir un diagnostic différentiel.

Obs. 1. — *Lupus érythémateux de la face et du cuir chevelu.*

C..., 41 ans. Pas de tuberculose, ni de syphilis dans les antécédents héréditaires ni personnels.

Début il y a trois ans par la joue gauche. Depuis lors, extension progressive et constante. Apparition d'autres plaques analogues sur le cuir chevelu.

Agrandissement de toutes les plaques et notamment de celles du cuir chevelu, constant, mais très lent. Un peu de démangeaison. Pas d'aggravation saisonnière.

Au milieu de la *joue gauche*, plaque ovale de 4 centim. de haut sur 3 de large, à centre franchement cicatriciel, lisse, nacrée, un peu brunâtre. Ni poils, ni aucune trace de papilles à sa surface.

Cicatrice entourée par une bordure de 7 à 8 millim. de large, un peu saillante, infiltrée, à surface inégale, couverte de squames adhérentes d'un rouge brunâtre plus brun vers le centre, plutôt rouge à la périphérie. La rougeur ne dépasse pas la zone infiltrée.

À la partie inférieure, petit flot en partie confondu avec le contour ci-dessus décrit. Cette petite plaque forme une saillie lenticulaire peu prononcée, rouge terne foncé, infiltrée sans dureté; le sommet seul est squameux à squames adhérentes.

Pas de douleurs. Par moments, à peine un peu de démangeaison.

Cuir chevelu, quatre ou cinq plaques *glabres* disséminées de la région frontale à la région occipitale, de 2 à 3 centim. de diamètre; forme et grandeur très irrégulières. Comme caractère commun, elles sont *glabres*, avec une *peau blanche, nacrée, franchement cicatricielle, contours très irréguliers*, parfois bien tranchés par le passage de la peau saine, velue, à la peau glabre et cicatricielle; d'autres fois, il existe une zone de passage, plus ou moins étendue, formant tantôt un segment de cercle, tantôt un simple flot. Sur certaines plaques, la zone de transition est réduite à deux ou trois flots. Sur une, elle manque complètement. Cette zone de transition a 8 ou 9 millim. de large; elle est *rouge brunâtre* ou *bistre, peu saillante*, couverte de *squames adhérentes blanc nacré, sèches*, modérément abondantes, traversées par les cheveux qui persistent encore.

Indolence absolue. Marche progressive mais très lente, avec des arrêts.

Rien au nez ni aux oreilles.

Obs. 2. — *Lupus érythémateux du cuir chevelu et de l'oreille.*

M^{me} J..., 25 ans, grande, douée d'un embonpoint suffisant. Cheveux bruns.

Antécédents. — Mère morte en couches. Père mort probablement de phtisie laryngée, quand la malade avait 15 ans.

Pas de symptômes de scrofulo-tuberculose personnelle à aucune époque.

Jamais d'affection de l'appareil pulmonaire.

Un peu de fatigue ces dernières années à la suite d'une grossesse et d'un allaitement prolongé. L'état général s'est du reste beaucoup amélioré depuis un an et actuellement, la santé et l'aspect général ne laissent rien à désirer.

Vers le mois de juillet dernier, M^{me} J... a remarqué une petite plaque dépourvue de cheveux, à la partie frontale du cuir chevelu à 2 centim. de la lisière et un peu à droite de la ligne médiane. Cette plaque, très petite, blanche, a grandi lentement et a rougi; d'autres plaques ont successivement apparu en divers points du cuir chevelu et on trouve actuellement :

1° Une plaque de 2 centim. sur le frontal, à 2 centim. de la lisière du cuir chevelu, à droite de la ligne médiane ;

2° et 3° Deux plaques, un peu ovalaires, de 15 millim. sur 20, contiguës, sur le pariétal gauche ;

4° Une plaque de 15 millim. arrondie, située en arrière du vertex, à peu près au niveau de la suture lambdoïde ;

5° Deux petites taches blanches lenticulaires, à peu près glabres, sur le frontal, à peu de distance de la plaque n° 1.

L'aspect de ces plaques est assez uniforme : elles sont régulièrement *arrondies* ou un peu *ovalaires*, très incomplètement *glabres*, le centre seul sur une largeur d'un centimètre l'étant complètement ; la partie *périphérique*, couverte de *cheveux grêles* et un peu courts, se confond graduellement avec les parties saines. La peau est d'un *rouge sombre*, un peu terne, formant une plaque assez bien limitée qui dépasse la partie glabre et à laquelle correspondent les mesures précédemment indiquées ; l'examen à la loupe ne permet pas de distinguer autre chose que l'érythème, notamment pas de *lacis vasculaire* ; la teinte est la même sur toute l'étendue de la plaque. La surface de celle-ci est uniforme et la périphérie ne forme pas de *bourrelet* saillant sur les parties saines. Sur toute l'étendue de la plaque rouge et même un peu en dehors, chaque follicule est marqué par un *bouchon épidermique*, large d'un tiers de millimètre, arrondi, brun, ne faisant que peu de saillie, *très adhérent* et impossible à arracher. A l'extrême limite de la plaque, le bouchon épidermique est peu développé et traversé par un cheveu qui paraît normal. Dans la zone moyenne, le bouchon épidermique est bien développé, très régulier, formant un petit anneau corné, brun, ombiliqué au centre d'où sort le cheveu ; au fur et à mesure que l'on s'approche du centre, le cheveu devient de plus en plus grêle, puis manque complètement ; le bouchon corné, plus ou moins ombiliqué, est le seul vestige de l'orifice folliculaire ; celui-ci, même, diminue graduellement de volume et, au centre, sur l'étendue d'une lentille tout au plus, la peau, encore rouge et un peu atrophique, ne présente plus ni cheveux ni bouchons cornés.

Dans la plupart des plaques, il n'y a pas de desquamation lamelleuse ; cependant dans le centre de la plaque n° 4, il y en a une assez abondante qui réunit les bouchons cornés.

Ces plaques sont le siège d'une *très légère démangeaison* et le passage d'un instrument moussé (le mors de la pince à épiler), simplement perçu dans les parties saines, est pénible sur les plaques rouges.

Les deux petites plaques lenticulaires (n° 5) sont incomplètement glabres, par suite difficiles à apercevoir. On y distingue les ébauches de bouchons cornés, mais la peau ne présente aucune rougeur. Toutes les plaques, au dire de la malade, auraient commencé par une pareille blancheur. La rougeur est apparue en dehors de tout traitement.

M^{me} J... appliquait dans les derniers temps, une pommade au goudron, mais elle n'en a pas mis depuis une semaine et l'aspect des plaques n'a pas changé.

Au fond de la conque de l'oreille gauche, se trouve une plaque irrégulière, mais bien limitée, de 2 à 3 centim. de large, sans saillie, de couleur rouge un peu violacé, marquée par des squames adhérentes lamelleuses, sous lesquelles la peau paraît un peu atrophique. Cette lésion date de deux ans, ne s'accroît pas, n'est pas influencée par la saison, n'a pas de bourrelet et n'est pas douloureuse au grattage.

Sur la partie inférieure du bord du pavillon du même côté, au-dessus du lobule, la peau est vaguement rougeâtre. On y voit une petite cicatrice superficielle, provenant d'une engelure (?) survenue il y a cinq ans. Cette engelure est survenue en hiver mais a duré très longtemps, et c'est la seule que la malade ait jamais eue.

Quelques squames lamelleuses sont adhérentes au fond de la conque de l'oreille droite.

Le nez et les joues sont indemnes.

Rien aux mains, pas même des engelures.

Traitement. — Pommade à l'ichtyol et à la résorcine. Iodoforme à l'intérieur.

Obs. 3. — *Lupus érythémateux du cuir chevelu, de la face et des oreilles.*

Louis C..., 50 ans, représentant de maison de liqueurs.

Antécédents héréditaires. — Pas de traces de tuberculose ni de nervosisme chez ses ascendants directs, ni d'arthritisme avéré.

Antécédents collatéraux. — Deux frères et deux sœurs morts de tuberculose pulmonaire, entre 20 et 30 ans.

Antécédents personnels. — N'a jamais eu de maladie vénérienne; migraineux dans sa jeunesse, a eu des hémorroïdes qui ont disparu depuis un an. Pas alcoolique, très grand fumeur depuis l'âge de 17 ans.

Histoire de la maladie. — Les lésions actuelles ont débuté par le *sommet du cuir chevelu*, il y a environ une dizaine d'années et se sont graduellement étendues, sans que jamais le malade ait pu remarquer des alternatives d'aggravation ou d'amélioration.

Il y a trois ans, est apparue une plaque sur la *joue droite*, elle s'est lentement accrue. Toutes les autres plaques, disséminées sur la face, datent de trois semaines environ.

État actuel. — 1° *Cuir chevelu.* Le malade n'est pas chauve. Il n'y a d'autre alopecie que celle produite par les plaques atrophiques que nous allons décrire. Les cheveux sont forts, châtain mêlé de blanc. Tout le sommet du cuir chevelu est marbré de *plaques très irrégulières, glabres d'aspect atrophique, légèrement déprimées, d'une rougeur vive granitée* (laque carminée). On trouve deux autres plaques semblables, au niveau de la protubérance occipitale et de chaque côté. Les plus grandes, seules, présentent une partie blanche à leur centre. Au sommet de la tête, on trouve nue *grande plaque*, allongée transversalement de 10 centim. de long sur 5 ou 6 de large; une autre sur le *front*, n'atteignant pas la lisière, de 6 centim. sur 2; quatre ou cinq autres plaques, disséminées dans le voisinage, de moindres dimensions. Du reste, ces plaques sont remarquables

par leur extrême *irrégularité* qui échappe à toute description. Ce sont des contours géographiques avec prolongements irréguliers, séparés par des promontoires, des presqu'îles et des flots de peau saine, ayant conservé sa couleur normale et ses cheveux.

Ces plaques paraissent très légèrement déprimées par rapport à la peau saine, dont elles ne sont séparées par aucune bordure.

Les plaques glabres sont d'un rouge carmin, non pas uniformes, mais granité ou plutôt sablé. Cet aspect sablé est dû à de fines dilatations vasculaires punctiformes ou formant de courtes lignes sinueuses, parfois dirigées radialement vers le bord. Elles sont couvertes d'un épiderme mince, desquamant peu abondamment en fines lamelles, adhérentes, de 2 à 5 millimètres de long, se détachant difficilement par les bords. On y trouve à la périphérie quelques très rares bouchons épidermiques dans les orifices folliculaires abandonnés par le cheveu. La rougeur n'est pas plus prononcée autour des cheveux.

La limite des plaques est dessinée, par la terminaison assez brusque de la rougeur à laquelle fait suite, sans transition, le cuir chevelu normal, sans qu'il y ait aucune bordure marquée par une rougeur plus vive, par une saillie ou un gonflement du derme ou par une desquamation de l'épiderme.

Sur la surface des plaques rouges, on trouve des flots de peau normale, blanche, pourvue de cheveux; des flots de cheveux normaux naissent de la peau rouge; des cheveux isolés normaux ou fins et atrophisés, disséminés sur les plaques rouges. Ces derniers sont du reste fort rares, car les plaques, dans leur ensemble, sont à peu près complètement glabres.

Au milieu de la grande plaque du sommet de la tête, se tiennent deux plaques plus nettement cicatricielles, blanches, lisses, peu ou pas squameuses, nacrées, entourées par une large zone rouge de 2 à 3 millim. de large, dont elles se distinguent par une limite irrégulière et incertaine; atteignant en un point le bord de la plaque glabre et limitée en ce point par le cuir chevelu sain. Sur la limite de ces taches cicatricielles, la rougeur, au lieu d'être franchement carminée, prend parfois une teinte brunâtre.

Les plaques atrophiques sont le siège d'une légère *démangeaison*, mais ne donnent pas de *douleur au grattage*. La sensibilité est normale sur les parties rouges, un peu diminuée sur les parties blanches et cicatricielles.

Oreilles. — Les oreilles sont le siège d'une rougeur légèrement violacées. Le bord des pavillons présente une rougeur un peu plus marquée avec des squames adhérentes, sans altération cicatricielle. Ces lésions remontent du reste qu'à quelques semaines.

Face. — Le teint général est haut en couleur.

Joue droite. — A quelques centimètres en avant du lobule de l'oreille, est une plaque irrégulière, d'environ 3 centim., présentant un centre cicatriciel irrégulier, un peu rosé et couvert de squames adhérentes, bordé d'une bande rouge clair de 5 à 6 millim. de long, un peu saillante et infiltrée, présentant en somme l'aspect classique du *lupus érythémateux*. Sur les côtés de la face, surtout à droite, et notamment dans la partie supérieure des joues, et en avant des oreilles, on remarque une trentaine

de taches de lupus érythémateux récent de 5 à 15 millim. de large, rouge clair, un peu violacé, légèrement saillantes et infiltrées, les plus grandes, un peu atrophiées au centre et couvertes de squames adhérentes, garnies à leur face profonde de prolongements épidermiques filiformes.

Rien sur les lèvres. Aux commissures, plaques des fumeurs très marquées. Langue blanche, par suite d'une hypertrophie papillaire diffuse. Quelques fissures non ulcérées sur la face dorsale et les bords. Pas d'altération cicatricielle, Veines assez développées.

La partie postérieure de la voûte palatine présente une nappe blanchâtre diffuse formée par un très fin réseau blanchâtre plus marqué au niveau de l'union de la voûte et du voile.

Tout l'isthme et le pharynx présentent une rougeur violacée diffuse. Toutes ces lésions buccales paraissent attribuables à l'action du tabac seul.

Traitement. — Pommade à l'ichtyol.

Obs. 4. — *Lupus érythémateux de la face, du cuir chevelu et de la bouche.*

Ch. L..., négociant en eaux-de-vie, 47 ans. Rien de particulier dans les antécédents personnels ou héréditaires, notamment pas de tuberculose. A contracté une affection hépatique au Chili qu'il a longtemps habité.

La maladie cutanée a débuté il y a cinq ans, par la *joue droite*, s'est étendue aux *deux joues*, avec des alternatives d'aggravation et d'amélioration.

M. Besnier, consulté, aurait conseillé, il y a deux ans, une pommade au pyrogallol à 1/10 qui, après avoir amené une assez vive inflammation, aurait procuré une quasi-guérison. Cette pommade n'a donné aucun résultat dans la rechute actuelle qui date de quelques mois.

État actuel. — M. L... est un homme robuste, à bonne santé générale, teint brun. Toutes les fonctions se font bien.

La plaque principale occupe le bas de la *joue droite*. C'est une plaque allongée de 6 centim. sur 3, parallèle au bord du maxillaire inférieur, dont elle est voisine. Elle est rouge foncé, violacé. Très peu saillante, assez profondément infiltrée, elle est bien limitée, mais sans bordure. On trouve quelques parties cicatricielles au centre et quelques-unes aussi sur les bords. Le centre de la plaque n'est pas déprimé par rapport à ceux-ci. La surface est couverte d'un épiderme mince, squameux, desquamant peu abondamment en fines lamelles nacrées. On n'y rencontre pas les bouchons épidermiques, ni les squames dures, adhérentes, caractéristiques du lupus érythémateux. Cette plaque est du reste encore enflammée par suite des traitements antérieurs. La partie supérieure de la joue de ce côté a été atteinte autrefois : on n'y aperçoit presque plus de traces : il faut un examen très attentif pour constater que la peau y est un peu plus lisse que normalement.

Sur la plaque de la partie inférieure de la joue, les poils manquent presque complètement.

Sur la *joue gauche*, les lésions qui ont été assez étendues, ont guéri par la pommade pyrogallique. On trouve encore sur une surface de 5 à 6 centim. de diamètre que la peau est plus lisse que normalement, évidem-

ment cicatricielle, bien que la cicatrice, très superficielle, soit difficile à apercevoir, d'autant plus que les poils sont conservés, à peine moins nombreux que dans les parties intactes.

Sur le cuir chevelu, à l'union du frontal et du pariétal droits, se trouve une plaque ronde de 17 millim. de diamètre, totalement glabre, bien limitée, déprimée, d'un rouge terne, sans que l'on puisse découvrir à l'œil nu de réseau vasculaire, avec très légère desquamation lamelleuse. Pas de cônes épidermiques à la surface ou sur les bords; pas d'infiltration des bords, pas de bordure d'aucune espèce. Cette plaque est apparue, il y a trois ans, et depuis deux ans elle est tout à fait stationnaire. Pas de prurit.

La lèvre inférieure présente sur son bord libre quelques marbrures violacées sur lesquelles se détache un fin réseau blanc. Aspect typique de lupus érythémateux des lèvres.

Dans la bouche, on trouve de chaque côté une plaque blanchâtre, située en arrière de la dernière molaire inférieure et siégeant sur la muqueuse génienne, sur l'apophyse coronoïde et sur la gencive du côté externe. Le malade ignorait complètement l'existence de ces plaques. Les deux plaques sont à peu près semblables; la gauche est seulement un peu plus grande. Elle a environ 2 centim. de large, mais sa forme est très irrégulière, lobée. Ces lobes ont de 5 à 7 millim. de diamètre. Il n'y a pas de rougeur au pourtour; il en existe un peu seulement au centre. Pas d'infiltration, pas de saillie. La couleur générale est blanc nacré, plus marquée au bord où l'on trouve une bordure de 2 millim. environ de large, d'un blanc éclatant, bien limitée vers la muqueuse saine, moins bien limitée vers la partie centrale où elle se diffuse en stries convergentes, vers le centre de la plaque. Cette disposition radiée de la blancheur donne à la plaque une apparence cicatricielle, car elle est assez analogue, à part la blancheur plus éclatante, à certaines cicatrices de syphilides muqueuses. À la palpation, on trouve, au niveau de la plaque, une dureté superficielle, sans infiltration, assez analogue à celle qu'on trouve dans le lichen plan de la muqueuse, mais un peu moins prononcée.

Les quatre observations inédites que l'on vient de lire, ont évidemment trait à des lupus érythémateux.

Seule, l'observation n° IV pourrait prêter à l'ambiguïté en ce qui concerne les lésions de la bouche, car celles de la face et du cuir chevelu sont d'un diagnostic évident.

C'est du reste pour mieux faire ressortir leurs points de ressemblance avec les lésions du cuir chevelu que j'ai autant insisté sur la description des lésions de voisinage.

Si l'on reprend l'une après l'autre les descriptions de lupus érythémateux du cuir chevelu données par les auteurs, on s'aperçoit vite qu'aucune n'est complète. Chacun a bien décrit ce qu'il a vu, mais l'extrême variété des cas cliniques rend difficile une description d'ensemble. Nous allons essayer de combler cette lacune.

Description clinique. — Lorsqu'on examine un cas de lupus érythémateux du cuir chevelu, déjà ancien, on est d'abord frappé par

la présence de *plaques* généralement multiples, disséminées, arrondies ou ovalaires, mais pouvant cependant présenter parfois des contours irréguliers, sur lesquelles la peau est glabre, de couleur blanc nacré, légèrement déprimée, d'aspect franchement mais superficiellement cicatriciel.

En regardant plus attentivement ces plaques, on voit d'abord qu'elles sont limitées par une *bordure* d'un rouge plus ou moins vif, et que cette bordure forme la zone de transition entre les parties saines et les parties malades, et constitue en même temps la zone d'accroissement de l'affection. Peu, quelquefois même pas du tout saillante, plus ou moins infiltrée, elle est recouverte par des squames adhérentes, ne cédant qu'au grattage, blanches, nacrées, sèches, lamelleuses.

Parfois sur toute l'étendue des plaques en voie d'accroissement, dont la couleur varie du rouge terne au rouge carminé, chaque follicule est marqué par un bouchon épidermique peu saillant, très adhérent, traversé en son centre par des cheveux sains à la périphérie. Mais, au fur et à mesure que l'on s'approche du centre, le cheveu devient de plus en plus grêle, puis finit par manquer complètement, le bouchon corné restant le seul vestige de l'orifice folliculaire; il diminue graduellement lui-même de volume, de telle sorte qu'au centre, la peau ne présente plus ni cheveux, ni bouchons cornés.

Tandis qu'à la périphérie on trouve des cheveux grêles qui se confondent graduellement avec les cheveux sains, au *centre* la peau est complètement glabre. Elle ne l'est généralement que là, le centre étant formé par une plaque rouge ou blanche, mais cicatricielle et glabre.

Tel est la plaque typique du *lupus érythémateux* du cuir chevelu.

Elle présente certaines variétés basées sur la diversité de la proportion qui existe entre la zone d'atrophie graduelle des cheveux et de la partie qui est devenue totalement glabre. D'une façon générale il semble, d'après les observations ci-dessus rapportées, que l'alopecie est très précoce et se remarque déjà sur des plaques de très faibles dimensions.

Séparées au début par des zones de cheveux sains, les plaques s'agrandissent lentement, *arrivent* à empiéter les unes sur les autres et l'arrêt temporaire de la marche de l'affection laisse quelquefois subsister des bouquets de cheveux sains qui sont, dans ce cas, toujours fortement adhérents.

Quelquefois la bordure n'est pas continue. Parfois même, elle peut manquer, c'est ce qu'on trouve sur les plaques anciennes, éteintes, où l'on ne voit subsister aucune transition entre l'alopecie cicatricielle, stade ultime de la maladie et le cuir chevelu encore sain.

L'affection est peu douloureuse par elle-même, à peine quelques

malades accusent-ils un prurit toujours modéré et une douleur au grattage bien rarement pénible. La douleur au contact, non constante, n'atteint jamais le degré qu'on lui voit dans les cas de lupus érythémateux de la face et sur laquelle M. Besnier a attiré l'attention.

L'affection, avons-nous dit, marche toujours lentement, mais cette marche est fatalement progressive pour aboutir à une alopecie totale, définitive, irrémédiable, des points primitivement atteints.

Les quatre cas que nous publions se rapportent tous à la variété fixe de Brocq.

Diagnostic. — Les principales affections dont il faut distinguer le lupus érythémateux, sans faire de diagnostic étendu, sont : la folliculite dépilante de Quinquaud, le favus, l'alopecie cicatricielle vraie provenant du traumatisme, d'abcès, etc., la pseudo-pelade de Brocq-Ducrey-Stanziale, alopecie atrophique de Dubreuilh.

1° *Folliculite dépilante de Quinquaud.* — Cette affection se distingue du lupus érythémateux en ce que les lésions folliculaires s'y présentent, le plus souvent, sous forme de petits points purulents, d'abcès miliaires punctiformes qui détruisent le follicule, sans amener l'atrophie graduelle du cheveu. Ce caractère fait absolument défaut dans l'affection que nous étudions.

2° *Favus.* — Le diagnostic différentiel est ici assez délicat, car dans les deux affections, il y a de l'alopecie cicatricielle et dans certains cas, l'aire atrophique centrale peut même être entourée d'une zone érythémateuse.

M. Besnier donne un moyen pratique d'élucider la question (*loc. cit.*, t. II, p. 277, deuxième édition).

Si le favus est éteint, il n'y a pas de zone érythémateuse et par conséquent pas d'ambigüité.

Si le favus est en activité, quand même il n'y aurait pas d'autres centres faviques dans le cuir chevelu, l'examen des poils de la périphérie permettra toujours de reconnaître l'erreur.

Si le lupus érythémateux est ancien, les poils seront tombés, les orifices folliculaires seront dilatés et encroûtés de comédons cornés.

Si le lupus érythémateux est récent, il y aura encore des cheveux sains sur la zone congestive.

3° *Alopecie cicatricielle vraie.* — Les traumatismes du cuir chevelu, les abcès peuvent déterminer une chute des cheveux définitive, difficile à distinguer de l'alopecie lupique ou peladique.

On notera cependant la forme très irrégulière de la cicatrice, tantôt ronde, tantôt ovale, tantôt linéaire, suivant le traumatisme qui lui a donné naissance.

Cette cicatrice est assez souvent sillonnée de brides.

Enfin la lésion est immobile, permanente, sans présenter jamais de variations d'intensité ou de couleur.

De plus, les anamnestiques viendront éclairer le diagnostic.

4° *Pseudo-pelade de Brocq*. — Si nous comparons le lupus érythémateux du cuir chevelu avec la pseudo-pelade de Brocq, nous voyons que dans le lupus, la forme des plaques est plus ou moins régulière, tandis qu'elle est très irrégulière dans la pseudo-pelade.

La bordure infiltrée du premier manque dans la deuxième.

Les squames ou les bouchons épidermiques abondants dans le premier, manquent dans la deuxième où la desquamation est toujours légère.

L'alopecie du premier avec zones d'atrophie graduelle des cheveux restés adhérents à la périphérie, est brusque dans la pseudo-pelade où les cheveux tombent tout d'un coup et s'arrachent avec une gaine épaissie; les flots de réserve, rares dans le lupus, sont fréquents dans la pseudo-pelade.

La rougeur est marginée dans le lupus : dans la pseudo-pelade, elle est légère et n'est même pas constante. Elle forme souvent des flots irréguliers sur le bord ou même au centre de la plaque.

La marche de l'affection, toujours lente dans le lupus, est parfois rapide dans la pseudo-pelade. En tout cas la maladie envahit dans cette dernière affection une beaucoup plus grande étendue dans le même temps.

Le diagnostic ne présente de difficultés sérieuses que quand il est exclusivement limité au cuir chevelu. Lorsque, ce qui est le cas le plus fréquent, on trouve des lésions de lupus érythémateux des parties glabres, le diagnostic devient beaucoup plus simple. Aussi faut-il rechercher attentivement dans le siège d'élection les moindres traces de la maladie.

L'observation n° 2 montre qu'elles peuvent être quelquefois très frustes.

Dans un travail publié en 1893 dans les *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, sur les alopecies atrophiques, M. le professeur Dubreuilh avait déjà insisté sur l'analogie qui existe entre cette forme morbide et le lupus érythémateux.

La présente communication a pour but de montrer les caractères différentiels sur lesquels on est en droit de s'appuyer pour établir le diagnostic, qui nous paraît possible, même lorsque les lésions sont exclusivement limitées au cuir chevelu.

Syphilis tertiaire. — Pseudo-rhumatisme infectieux. — Cachexie syphilitique. — Mort. — Autopsie : endocardite végétante mitrale, cirrhose hépatique embryonnaire, pseudo-syphilomes du rein droit et de la rate : infiltration sanguine et leucocytaire diffuses rénale et splénique. — Septicémie. syphilitique.

Par M. le professeur A. FOURNIER et P. GASTOU.

Les pièces présentées à la Société proviennent d'un malade dont l'histoire clinique, déjà très importante au point de vue de la difficulté du diagnostic clinique, est encore rendue plus intéressante par l'existence des lésions révélées à l'autopsie.

Si cette observation même complétée par les recherches histologiques n'est pas concluante, elle n'en a pas moins une grande importance comme observation d'attente. C'est à ce titre surtout que nous avons tenu à la présenter à la Société.

Observation recueillie par MM. Georges BROUARDEL, interne, et ALGLAVE, externe du service.

Le nommé L..., âgé de 36 ans, maçon, est entré le 15 février 1896 dans le service de M. le professeur Fournier, pour une éruption datant de quelques jours.

Il a contracté un chancre syphilitique en 1887. Il a eu la roséole, des plaques muqueuses ; soigné dans le service pendant quelque temps il ne semble pas s'être traité régulièrement depuis.

Sauf une bronchite étant jeune, on ne relève aucune maladie antérieure. En 1889 il aurait fait une chute, d'un troisième étage, sur la région lombaire ; il ne semble pas s'être senti de sa chute, dont il s'est du reste vite remis.

Ses antécédents héréditaires sont les suivants : son père était un tousseur, sa mort semble avoir été la conséquence d'une affection broncho-pulmonaire. Le malade dit avoir perdu des frères de maladie de poitrine. Sa mère vit encore, elle est bien portante.

État actuel. — Cicatrices de syphilides sur la jambe gauche. Syphilides jambonnées érythémato-squameuses, irrégulières, au creux poplité, à la face antérieure de la cuisse et de la jambe droite. Placard des mêmes éléments au niveau de la région trochantérienne droite.

Sur le thorax : sous le mamelon droit, sous la clavicule droite, au niveau de l'aisselle gauche, de la gouttière vertébrale, série de bouquets éruptifs de syphilides tuberculo-squameuses, formant de véritables cercles éruptifs de 0,20 centimètres de diamètre environ. Mêmes éléments sur la face autour des yeux.

Le malade est pâle et dès le jour de son entrée il se plaint de douleurs généralisées. Il est amaigri, il n'existe pas de malformations osseuses, de troubles de la sensibilité, les réflexes sont normaux.

L'examen de la poitrine ne dénote qu'une diminution de tonalité à la base droite où existe quelques frottements. Dans le reste du poumon on

entend des deux côtés des sibilances. Les battements du cœur sont sourds, sans bruits surajoutés. Le malade a de l'inappétence, la langue est sale, il y a de la constipation, mais le ventre est souple. Ni le foie, ni la rate ne sont trouvés hypertrophiés. La température est de 38°,6. Les urines sont normales.

Le 16 février, lendemain de son entrée, le malade dit avoir passé une fort mauvaise nuit, il n'a pu fermer l'œil tant il souffrait de partout. Mais il attire surtout l'attention sur des douleurs articulaires siégeant surtout dans l'épaule, le bras droit, le poignet et le genou du même côté. Les mouvements spontanés de ces articulations sont impossibles, les mouvements provoqués sont très douloureux, il n'existe ni rougeur, ni gonflement au niveau des parties malades. Il n'en est pas de même au niveau de l'articulation sterno-claviculaire gauche, qui est rouge, tuméfiée et douloureuse. La température matinale est de 37°,6.

L'existence de cette arthrite aiguë sterno-claviculaire, fait penser à un rhumatisme blennorrhagique; l'examen du canal semble en effet révéler un léger suintement. Mais outre que le malade nie tout écoulement récent, l'examen répété les jours suivants n'a pu certifier ni cliniquement ni bactériologiquement l'existence d'une uréthrite.

Le malade, interrogé sur l'existence de ce rhumatisme, dit en souffrir déjà depuis les premiers jours de février. Les douleurs auraient suivi de près l'éruption, elles auraient commencé par l'épaule, puis gagné le bras et le poignet; le malade dit qu'il a constaté que vers la même époque toutes ses articulations étaient douloureuses.

On donne au malade 4 grammes de salicylate de soude.

A partir du 13 février et les jours suivants, le même état persiste, les douleurs se généralisent; l'auscultation du cœur faite avec soin reste négative. Le malade est pâle, il a la peau sèche et transpire abondamment. Il dort mal, se plaint de partout, est dans un état de torpeur et d'abattement considérable. Il élimine cependant bien son salicylate qui est retrouvé dans les urines. La température est peu élevée, reste à 38°,5 ou 39° le soir; le matin elle varie entre 37°,6 et 38°. Il est impossible au malade de s'alimenter, c'est à peine s'il peut absorber un peu de lait.

Les douleurs persistant avec la même intensité, on donne 1 gramme de sulfate de quinine par vingt-quatre heures.

Les articulations du côté gauche deviennent également douloureuses, la langue est sèche, la gorge rouge et sèche sans qu'il y ait d'ulcérations ni fausses membranes.

En auscultant le malade le 20 février, on constate dans le poumon droit des manifestations qui sont apparues brusquement. La toux est modérée, il existe une expectoration purulente avec quelques filets de sang. Les deux tiers inférieurs du poumon droit sont mats, la voix et la toux retentissantes, il y a de la bronchophonie, un souffle doux, aigrelet, surtout inspiratoire et des bouffées de râles qui couvrent l'inspiration et empiètent sur l'expiration. Les vibrations thoraciques sont diminuées, il y a élévation de la température qui monte à 39°,5. Le malade n'a pas eu de point de côté, on porte le diagnostic de congestion pleuro-pulmonaire. Les crachats sont examinés, ils ne contiennent pas de bacilles de Koch, mais seu-

lement des cocci groupés par deux ou bien par quatre sous forme de tétrades. On note en outre la présence de bâtonnets qui ont l'aspect du coli-bacille.

Les phénomènes rhumatismaux sont au même état, l'articulation sterno-claviculaire est toujours rouge, gonflée, douloureuse.

On fait une injection de calomel de 0,05 centigrammes et on donne 4 grammes d'iodure de potassium.

Les phénomènes pulmonaires persistent sans se modifier pendant une huitaine de jours, puis disparaissent rapidement et le 1^{er} mars le malade n'a plus rien à l'auscultation.

Les douleurs ont diminué d'intensité, l'articulation sterno-claviculaire est toujours douloureuse. Le malade est de plus en plus pâle; il est profondément abattu, vomit tout ce qu'il prend. C'est à peine s'il peut tolérer du champagne et un peu de lait. La température est de 38°,4 le soir et descend le matin à 37°,5.

Le 10 mars, nouvelles poussées congestives dans les deux poumons : submatité, léger souffle, râles fins disséminés aux deux temps. Langue rouge, sèche, vernissée, pharynx dans le même état, narines pulvérulentes. Dépression de plus en plus considérable, vomissements, météorisme, constipation, ventre sensible à la palpation. Le foie et la rate ne semblent pas hypertrophiés. L'auscultation du cœur est toujours négative, les douleurs articulaires ont diminué d'intensité, mais le malade souffre de partout et peut à peine se mouvoir. Il maigrit, ne dort plus, et dès qu'il essaye de s'alimenter il vomit : c'est une véritable cachexie aiguë à l'évolution de laquelle on assiste. La température est de 38°,9 le soir; 37°,8 le matin.

On renouvelle l'injection du calomel, mais de 0,03 centigrammes seulement. L'iodure est donné en lavement.

Jusqu'au 26 mars, même état, les signes pulmonaires ont cependant disparu depuis quelques jours.

Le 27, nouvelle manifestation pulmonaire avec épanchement pleural double. L'auscultation ne révèle rien aux poumons.

L'état général étant de plus en plus grave, le malade étant très dyspnéique et se plaignant d'angoisse générale, il lui est fait une injection d'éther, puis une injection de caféine de 0,05 centigrammes.

Dans la nuit du 28 il veut s'asseoir dans son lit, est pris de phénomènes dyspnéiques et meurt en quelques instants.

L'autopsie est faite vingt-quatre heures après.

Il existe dans la cavité péritonéale un épanchement citrin de trois litres environ. Le foie attire l'attention par ses dimensions et dépasse les fausses côtes. Il pèse 3 kil. 170 grammes; il a une teinte violacée et est parsemé de granulations blanchâtres granuleuses au toucher. A la coupe il s'écoule peu de sang, on aperçoit un véritable réticulum blanchâtre circonscrivant des lobules dont la veine centrale est dilatée. La rate pèse 0 kil. 750 gr., elle est énorme, diffluente, parsemée de foyers hémorrhagiques. Sur une coupe on voit un tractus grisâtre à bords irréguliers traversant toute la largeur de la rate, d'un bord à l'autre. Ce tractus est large de 0,02 à 0,03 centimètres, par places il émet des ramifications étoilées. L'aspect

macroscopique de cette lésion tient à la fois de l'infractus et de la gomme. A son niveau le tissu splénique est plus consistant. Il n'y a pas de péri-splénite.

Les reins pèsent : le droit 0 kil. 305, le gauche 0 kil. 300. Ils sont gros, blancs, pâles ; la substance corticale est épaissie, ils contiennent de petits kystes.

Dans le rein droit existe une masse d'aspect lardacé, de forme quadrangulaire, de 3 centimètres environ de long sur 0,02 de large. Cette masse est bien limitée, mais sans limite congestive. Elle est dure à la coupe, elle commence à la surface du rein et va jusqu'à la région pyramidale qu'elle envahit dans sa presque totalité. L'ensemble de la lésion forme une *masse* de 2 à 3 centimètres cubes.

Les capsules surrénales sont congestionnées, mais non hypertrophiées. Le pancréas est normal. Les ganglions du petit bassin et pré-rachidiens sont très tuméfiés, mi-partie lardacés, mi-partie noirâtres. Au hile hépatique principalement ils affectent des dimensions considérables.

L'estomac a sa muqueuse ecchymotique. Les intestins ne présentent rien à signaler.

Les cavités pleurales contiennent un épanchement séreux d'un litre environ.

Le poumon droit a de l'emphysème périphérique, une congestion œdémateuse intense. A la coupe, sérosité abondante.

Le poumon gauche offre les mêmes caractères, l'emphysème prédomine au sommet. A la base, atélectasie : les fragments gagnent le fond de l'eau.

Les ganglions du médiastin ont le même aspect que ceux de l'abdomen.

Le cœur est gros, les parois non altérées, mais sur la valve droite de la mitrale existe un gros bouquet de végétations framboisées, dures, non friables, adhérentes. Pas de caillot en aucun point, pas de thromboses. Orifices cardiaques normaux comme fonctionnement. Le cerveau, le bulbe et la protubérance sont sains. Les articulations ne présentent rien de spécial, la moelle n'a pas été examinée. On n'a trouvé aucune embolie viscérale.

Pour compléter cette observation un examen histologique immédiat a été fait, il a porté sur le rein droit, la rate, le foie, les végétations, les capsules surrénales, les poumons, les ganglions. Les lésions suivantes seules ont présenté de l'intérêt.

Le rein droit, présente deux parties distinctes à étudier : la masse lardacée, le tissu de voisinage.

La masse lardacée, à un faible grossissement, apparaît constituée par un tissu réticulé dont les mailles sont remplies d'une substance jaunâtre. A un fort grossissement les travées du réticulum ne sont autres que les tubes urinifères, les tubes contournés, en un mot tous les éléments du parenchyme, tandis que la masse colorée est formée par des globules rouges au milieu desquels sont des leucocytes.

Sauf dans la cavité des tubes urinifères où il n'y a pas de globules, on peut dire que tout est inondé par une nappe continue de globules rouges. Ceux-ci emplissent les glomérules, distendent les capillaires au point qu'on les croirait disséqués. Leur abondance est telle qu'elle comprime et

masque les canalicules et les tubes urinifères. Les leucocytes sont au milieu de ces globules et forment par places des amas nodulaires. Dans quelques artérioles on voit des amas de fibrine, mais il n'y a pas de véritable thrombus, ni d'embolies. C'est une véritable apoplexie capillaire. Les éléments parenchymateux sont altérés, les cellules des tubes sont tuméfiées, granuleuses, mais il n'y a pas de dégénérescence, la perméabilité est conservée.

Dans le tissu de voisinage comme dans la masse lardacée on retrouve des lésions du parenchyme rénal analogues. Il s'agit d'une néphrite diffuse, du type des néphrites infectieuses.

La rate offre le même aspect que le rein. Là aussi s'est faite une véritable apoplexie capillaire, la rate n'est plus qu'un lac sanguin. A part cette particularité, il n'y a point d'autres altérations.

Le foie est un type de cirrhose embryonnaire trabéculaire sans néo-canalicules. C'est-à-dire que les travées sont dissociées par une infiltration leucocytaire qui se groupe par places en amas : ici, ces amas sont très peu considérables. Il existe à la périphérie des lobules une infiltration graisseuse très abondante qui envahit les deux tiers du lobule. Il n'y a pas d'altération vasculaire bien appréciable et surtout pas de néo-canalicules.

Dans les capsules surrénales, les ganglions et le poumon, l'élément dominant est toujours la congestion hémorrhagique.

Les végétations sont formées d'un tissu fibrineux, dense, d'aspect fibreux par places, formant de larges lacunes des cavités non bordées d'épithélium et dans lesquelles sont des globules rouges, des leucocytes abondants, des microcoques et des bâtonnets.

L'examen bactériologique des différents viscères n'a montré dans aucun d'eux la présence de microbes. Il est impossible de dire si les microbes contenus dans les végétations s'y sont développés post-mortem ou s'ils y étaient auparavant.

Quelle est la conclusion à tirer de l'examen anatomique ? Il n'est pas douteux qu'il y ait eu une relation entre les végétations et les lésions du rein et de la rate, que ces apoplexies soient consécutives aux végétations. Mais comment interpréter les accidents. Quatre hypothèses sont possibles.

1° Le malade peut avoir eu un rhumatisme simple qui se serait compliqué d'endocardite, laquelle serait devenue infectieuse sur un terrain syphilitique.

2° Le malade a eu d'abord une endocardite syphilitique, puis consécutivement il a fait des embolies multiples ayant déterminé une véritable septicémie à localisations articulaire, rénale et splénique.

3° Le malade a fait, sous l'influence de la syphilis, à la fois des pseudo-rhumatismes et de l'endocardite.

4° Enfin, les accidents infectieux et la mort sont le fait d'une infection d'origine cutanée ayant provoqué une endocardite infectieuse sur des valvules, déjà altérées par la syphilis.

De toutes ces hypothèses la seconde nous semble pouvoir mieux se défendre ici, l'apparence du rhumatisme a été celui d'un pseudo-rhumatisme infectieux, l'évolution de la maladie a été celle d'une infection, enfin la structure des végétations semble prouver qu'elles pouvaient être antérieures à tout accident.

Cette endocardite syphilitique serait ainsi devenue l'origine d'une véritable septicémie syphilitique.

Le secrétaire,

E. LEREDDE.

SÉANCE DU 11 AVRIL 1896

Présidence de M. Ernest Besnier.

SOMMAIRE. — Sur une forme de dermatite pustulo-ulcéreuse généralisée. Staphylococcie cutanée à poussées multiples, par MM. GASTOU et CANUET. (Discussion : MM. BESNIER, FEULARD, JULLIEN, AUGAGNEUR, LEREDDE.) — Présentation d'une fillette atteinte de sclérodémie, par MM. BROCCQ et VEILLON. (Discussion : MM. BROCCQ, AUGAGNEUR, BESNIER.) — Nouvelle étude sur la dermatose bulleuse congénitale avec kystes épidermiques, par M. HALLOPEAU. (Discussion : MM. BROCCQ, DARIER.) — Urticaire pigmentée en bandes transversales avec cicatrices, par M. HALLOPEAU. (Discussion : MM. LEREDDE, BROCCQ, BESNIER, HALLOPEAU.) — Curabilité de la syphilide dépigmentaire, par M. JULLIEN. — Étude sur le psoriasis palmaire, par M. DARIER. (Discussion : MM. BROCCQ, DARIER, MOREL-LAVALLÉE, FEULARD, MOTY, VERITÉ, BESNIER.) — Note sur l'ulcère annamite et son traitement, par M. MOTY. — Érythème multiforme et néphrite aiguë par surmenage et toxi-infection, par M. SABRAZÈS. — Un point de technique de l'épilation électrolytique, par M. DUBREUILH. — Polynévrite diffuse dans la période secondaire de la syphilis, par MM. SPILLMANN et ÉTIENNE. — 1. Folliculites lymphatiques du prépuce au cours de la blennorrhagie; 2. Note sur la pratique des biopsies; 3. Note sur un cas de maladie de Paget, par le Dr AUDRY. — 1. Réflexions sur le traitement des verrues par la suppression d'un seul de ces papillomes; 2. Érythème polymorphe récidivant, association des formes papuleuse et noueuse, papules conjonctivales en gros placards; 3. Traitement de l'intertrigo par l'acide chromique, par le Dr BEAULT. — Gastropathie médicamenteuse des syphilitiques, par MM. GASTOU et BABON. — Otite externe d'origine séborrhéique, par HAAN.

Sur une forme de dermatite pustulo-ulcéreuse généralisée. Staphylococcie cutanée gangréneuse à poussées successives.

Par MM. P. GASTOU et CANUET.

La peau de l'enfant est un terrain de réaction très sensible aux différentes infections et intoxications. Le plus souvent cette réaction se manifeste sous forme d'érythèmes, mais dans certains cas l'altération du tégument est plus intense et peut aller jusqu'à l'ulcération.

Cette ulcération, dont la conséquence est une véritable destruction locale, a reçu des noms différents suivant sa cause, son siège, sa dissémination, son évolution et les symptômes généraux et locaux dont elle s'accompagne.

Nous avons observé récemment dans le service de notre maître, M. le professeur Fournier, un cas de dermatite pustulo-ulcéreuse généralisée, gangréneuse, à poussées successives, dont l'histoire clinique, anatomique et bactériologique offre le plus grand intérêt.

Il s'agit d'un enfant âgé de 2 ans et demi, qui a été amené il y a un mois dans le service pour une affection pustulo-ulcéreuse du dos simulant une éruption varioloïde.

Voici ce que racontait la mère : vers la fin de décembre 1895, l'affection aurait commencé par une plaque rouge siégeant au niveau de l'épaule, autour de cette plaque se serait développé un cercle blanchâtre, une sorte de soulèvement de la peau, puis, consécutivement à ce soulèvement, une croûte et une ulcération. Sur ces entrefaites, d'après ce que dit la mère, l'enfant aurait eu peur et des éléments éruptifs analogues seraient survenus sur le dos et les épaules, et depuis n'ont jamais cessé, prenant peu à peu le caractère qu'ils ont actuellement.

Tels sont les premiers renseignements recueillis, mais en interrogeant longuement, avec soin, à plusieurs reprises, la mère, voici l'histoire clinique nettement reconstituée.

M... est venu à terme, il est né d'un père et d'une mère qui ont toujours eu, d'après leurs dires, un état de santé satisfaisant. La mère de M... a 22 ans, elle est bien constituée et ne présente aucune tare pathologique. Elle a eu six enfants, dont M... est le dernier.

Le premier enfant, âgé de 7 ans, a eu la rougeole, la coqueluche, mais est bien portant actuellement.

Le deuxième enfant, une fille, est morte à 7 semaines de cholérine.

Le troisième est mort de la même façon, au même âge. Le quatrième a eu des abcès multiples sur tout le corps et a vécu neuf mois. Le cinquième est un mort-né, venu vers le huitième mois de la grossesse.

M..., vers l'âge de 3 mois, a eu des troubles gastro-intestinaux : diarrhée et vomissements qui ont duré une quinzaine de jours.

Il y a un an a débuté une coqueluche qui a duré deux mois, mais, d'après la mère, depuis cette époque l'enfant n'a jamais été bien portant. Il a d'abord gardé une toux persistante, ensuite il a eu des troubles gastro-intestinaux fréquents. En octobre 1895 a commencé une poussée d'impétigo du cuir chevelu, qui n'a jamais cessé depuis.

Dès le début, cet impétigo a été accompagné de suppurations cutanées, de poussées de rhinite et de conjonctivite. Il n'y a jamais eu d'écoulements d'oreilles.

La maladie du jeune M... semble avoir changé de caractère à partir du mois de décembre. Vers la fin de l'année 1895, il a eu une angine blanche, sur la nature de laquelle il est difficile d'être fixé, cette angine aurait duré six à huit jours. C'est à sa suite que survint une éruption de boutons, pour lesquels la mère alla consulter dans un dispensaire. On lui dit que c'était la variole, l'enfant n'ayant du reste jamais été vacciné.

Lorsqu'on cherche à reconstituer cette éruption, il est difficile de s'en faire une idée exacte. D'après la mère, l'éruption se serait accompagnée de fièvre, aurait été caractérisée par des boutons qui n'auraient jamais

suppuré et, après avoir duré depuis janvier jusqu'à ces temps-ci, n'aurait pas guéri, mais se serait transformée en l'affection actuelle.

Il faut ajouter que, pendant l'évolution de cette affection, le cuir chevelu est resté impétigineux, les conjonctivites et la rhinite ont persisté.

Quand nous avons vu l'enfant pour la première fois, il avait les paupières tuméfiées, de la blépharite, de la conjonctivite sans kératite. Sur les lèvres il présentait un enduit pseudo-membraneux épais, adhérent, diphthéroïde; des croûtelles autour des narines, de l'impétigo du cuir chevelu. Il existait quelques éléments vésico-pustuleux sur la poitrine, mais couvrant tout le dos une éruption d'ulcérations confluentes polycycliques d'aspect gangréneux.

A première vue, selon la comparaison de M. le professeur Fournier, il semblait que cet enfant eût cinquante « chancres mous » dans le dos.

Les ulcérations étaient pour la plupart faiblement suppuratives, les bords en étaient à pic, très légèrement décollés cependant; le fond était constitué par le derme mis à nu et l'on apercevait nettement les aréoles du derme. Ces ulcérations avaient une dimension variable, la plupart mesuraient plus d'un centimètre de diamètre, elles étaient, par places, isolées, mais généralement leurs bords en se réunissant formaient de larges surfaces ulcérées à contours polycycliques.

Ces ulcérations étaient réparties dans le dos sur une surface étendue comprise entre la nuque, le bord axillaire des omoplates et une ligne passant par les angles inférieurs de ces os. Toute cette surface était littéralement criblée d'ulcérations. Tout autour existaient des vésiculo-pustules, analogues aux pustules acnéiformes des éruptions iodiques, ou bien encore aux pustules de la gale. D'autres étaient de dimensions des plus minimes et rappelaient les éruptions vésiculo-pustuleuses du thapsia, ou plus considérables et donnaient l'aspect de folliculites furonculeuses ou de petits furoncles.

L'état général de l'enfant n'était pas mauvais, malgré la confluence de l'éruption. A son entrée, il n'avait pas de fièvre. Dès qu'on le touchait, il accusait par ses cris une souffrance assez vive. Son ventre était ballonné, tympanique, sa rate grosse et nettement palpable, son foie dépassait légèrement le rebord des fausses côtes. Dans la poitrine existaient des deux côtés des râles sibilants et ronflants. La langue était saburrale, il n'y avait pas de diarrhée.

Pas d'albumine dans les urines qui, analysées quelques jours après, contenaient 7 gr. 605 d'urée, 2 gr. 808 de chlorures par litre : la quantité d'urine des vingt-quatre heures étant inconnue.

On soumet le malade à une antiseptie intestinale rigoureuse; il prend d'abord 15 centigr. de calomel à la vapeur; puis, les jours suivants, 1 gr. 50 de bétol dans les vingt-quatre heures. On lui fait des pulvérisations chaudes d'eau de guimauve boriquée à 2 p. 100 dans le dos. On lui applique sur les lèvres de l'iodoforme, sur le dos des compresses imbibées d'un mélange de deux cuillerées à soupe d'eau d'Halibourg pour un litre d'eau bouillie.

Sous l'influence de ce traitement, l'enfant va beaucoup mieux. En trois jours l'éruption se modifie totalement, la cicatrisation commence. Il per-

siste cependant non seulement autour des ulcérations primitives, mais encore disséminées sur la face et le corps des éléments vésico-pustuleux de dimensions différentes. On se demande si ces éléments sont sous la dépendance de la maladie ou dus simplement à une influence médicamenteuse. La stomatite est très améliorée, la rhinite et la conjonctivite persistent. L'enfant ne peut ouvrir les yeux et a de la photophobie.

M. le Dr Sabouraud fait l'examen bactériologique et la culture du pus, des pustules et des ulcérations : il trouve du staphylocoque pyogène blanc.

Le 21 mars, poussée de fièvre, la température monte à 39°,6 le soir. Le 22 mars, au matin, la température est à 38°,5 et l'on constate une nouvelle poussée éruptive ulcéreuse dans la région lombaire et à la face interne des cuisses. A côté des éléments nettement ulcérés, il en est d'autres qui constituent des saillies papuleuses plates, cratériformes, recouvertes d'une pseudo-membrane blanc jaunâtre, analogue à celle qui recouvrirait les lèvres, et diphtéroïde d'aspect. Quelques éléments sont simplement pustuleux. Il n'y a pas dans l'évolution des ulcérations de production de croûtes, à la pustule fait suite la pseudo-membrane, puis vient l'ulcération profonde et destructive.

Pendant deux jours la température est, le soir à 39°,5, le matin à 37°,6. A partir du 24, la température tombe à 37°,4 et reste ainsi jusqu'au 26. Puis de nouveau, le 27 au soir, la température remonte au voisinage de 39° et l'on constate une nouvelle poussée pustulo-ulcéreuse sur la face et la partie interne des cuisses.

A partir de ce moment, les éléments éruptifs se modifient comme évolution et comme aspect, selon les différentes parties du tégument.

Au niveau de l'épaule droite existe un véritable soulèvement constitué par l'agglomération de pustules qui, du reste, n'ont pas abouti dans la suite à la gangrène.

Sur les cuisses, quelques éléments rappellent le prurigo ; mais il en est d'autres, en particulier, au pli de la fesse droite et à la partie inférieure de la cuisse gauche, qui ont creusé profondément en cône et offrent l'aspect de l'ecthyma térébrant.

Ces deux éléments éruptifs sont les seuls qui aient eu cette évolution destructive profonde.

Du 27 mars au 8 avril, la température a continué à osciller entre 38°,6 et 37°. Il n'y a pas eu de nouvelles poussées.

Aujourd'hui (10 avril), l'éruption est tout à fait modifiée. Le corps est couvert de cicatrices brunâtres ou rouges, il existe encore quelques pustules et les deux ulcérations térébrantes persistent ainsi que le coryza et la conjonctivite, mais l'état général est meilleur et l'enfant souffre moins.

L'affection semble être entrée dans la voie de la guérison.

Quelle est la nature exacte de l'affection dont nous venons de raconter l'histoire. Faut-il ranger cette éruption dans l'ecthyma, ou bien la rattacher aux gangrènes cutanées multiples disséminées de la peau ?

La clinique en dehors de l'aspect objectif qui est en certains points

celui d'un ecthyma, en d'autres celui d'une lésion pustulo-ulcéreuse rappelant les folliculites, ne renseigne pas beaucoup.

Le début de la maladie n'est pas connu. Est-ce une variole, une varioloïde, ou une varicelle qui a été le premier stade des altérations cutanées? Y-a-t-il eu dans la suite des modifications du fait d'inoculations surajoutées?

M. le professeur Malcom-Morris nous a fait l'honneur d'examiner longuement le malade et de nous donner son opinion. Pour lui il s'agit d'un cas de l'affection décrite par Hutchinson sous le nom de *Varicella gangrenosa*. Ce serait donc une varicelle gangréneuse.

Ce diagnostic n'est pas celui auquel la discussion clinique des faits, l'étude bactériologique et histologique des lésions nous ont conduit.

Cliniquement que voyons-nous? un impétigo du cuir chevelu précédé de longue date l'éruption actuelle; à l'arrivée du malade en même temps que la blépharite et la rhinite l'affection décrite par le Dr Sevestre et l'un de nous sous le nom de *Stomatite impétigineuse*. Comme évolution la maladie débute par une papulo-pustule qui ne devient pas croûteuse mais pseudo-membraneuse, diphthéroïde d'aspect. Ce n'est qu'après la chute de la pseudo-membrane, c'est-à-dire vers le sixième jour environ que le derme est mis à nu, constituant une ulcération à fond saignant, rapidement bourgeonnant et arrivant vite à la cicatrice. Sont-ce là les allures de l'ecthyma et n'est-ce pas plutôt la marche de l'impétigo.

Un autre caractère pourrait être tiré de l'absence d'auto-inoculabilité, mais nous n'y attachons pour le cas particulier qu'une faible importance.

Bactériologiquement: les examens directs sur lamelles et les cultures ont donné du staphylocoque blanc. L'examen direct du sang a montré des éosinophiles, ses cultures sont restées stériles.

Enfin les coupes d'un fragment de peau biopsié au niveau d'éléments tout à fait au début, a montré ceci:

Une inflammation diffuse du derme et de l'hypoderme. La couche cornée est par place soulevée, présentant un clivement comme dans la production des bulles; le stratum granulosum a par places disparu, les cellules du corps muqueux de Malpighi présentent en grand nombre soit le début de l'altération cavitare, soit cette altération arrivée à sa période d'état. En certains points ces cavités se sont réunies et forment des cloisonnements circonscrivant des cavités où sont quelques rares leucocytes. Les papules sont tuméfiées, infiltrées de leucocytes. On y rencontre des éosinophiles. Les vaisseaux sont dilatés, leur périphérie bordée d'un manchon leucocytaire. Les espaces lymphatiques sont dilatés, on y voit des leucocytes. Le maximum des lésions siège au niveau des glandes sudoripares. Ces lésions consistent en une infiltration embryonnaire péri-glandulaire, péri-tubulaire. Non

seulement la glande est entourée, dissociée par les leucocytes, mais ils forment un véritable amas autour du canal excréteur.

L'ensemble de la lésion forme un cône dont le sommet est profondément situé au niveau du glomérule sudoripare dont la base élargie répond à l'ouverture du conduit excréteur de la glande : Tout le cône est transformé en un amas de leucocytes, on ne voit plus aucun autre détail anatomique. La base du cône n'est autre que le cratère de l'ulcération. L'ensemble de la lésion est histologiquement un abcès, un véritable phlegmon siégeant au niveau du canal sudoripare.

A l'inverse du furoncle qui forme un abcès à sommet périphérique, la lésion actuelle a son sommet profond. Cette disposition de la lésion explique l'ulcération, l'abcès se vide facilement puisqu'il trouve une large issue et il laisse une ulcération puisqu'il a tout détruit. L'exsudat diphthéroïde qui en résulte n'est qu'un exsudat séro-fibrineux provenant de la rupture des lacunes lymphatiques et des vaisseaux.

En résumé, ces lésions qui, bactériologiquement sont dues au staphylocoque et histologiquement sont des folliculites, ont beaucoup d'analogie avec les furoncles et les petits abcès sous-cutanés.

Elles s'accompagnent de lésions des muqueuses que l'on rencontre dans l'impétigo dont l'agent pathogène est le staphylocoque.

En rapprochant tous ces caractères on peut conclure que l'affection ulcéreuse actuelle n'est qu'une variété de staphylococcie cutanée gangréneuse, affectant une forme anormale, soit à cause du terrain, soit parce qu'elle est elle-même consécutive à une maladie antérieure.

M. BESNIER. — Le diagnostic de la varicelle, qui est une maladie à évolution cyclique ne peut être éliminé qu'au moyen des dates.

M. GASTOU. — Le début remonte à un mois.

M. FEULARD. — Je crois qu'il s'agit dans ce cas de lésions cutanées ulcéreuses consécutives à de l'impétigo vulgaire : il n'est pas rare d'observer chez les enfants en même temps que de l'impétigo banal de la face, des lésions ecthymateuses du tronc et surtout des membres inférieurs, des tournoles des doigts et des stomatites ou labialites, avec production sur les muqueuses d'exsudats blanchâtres diphthéroïdes, toutes lésions qui relèvent évidemment de la même cause, mais qui diffèrent d'aspect probablement en raison du siège, et non en raison d'une différenciation microbienne.

M. JULLIEN. — Il est impossible de ne pas faire remarquer en face de cette staphylococcie que Parrot avait jadis voulu faire des cicatrices fessières observées chez l'adulte un signe pathognomonique de syphilis infantile héréditaire. Cette opinion n'est plus discutable aujourd'hui, et pour mon compte, j'ai eu bien souvent l'occasion de la controuver en constatant lesdites cicatrices chez des jeunes femmes en puissance de chancre et de syphilis récemment acquise.

M. AUGAGNEUR. — Toutes ces lésions offrent des différences profondes suivant la résistance de l'individu, et varient déjà avec les points du corps atteint. C'est ainsi que les dimensions du chancre mou sont tout à fait autres à la face interne de la cuisse qu'à la verge.

M. LEREDDE. — Les territoires vasculaires, la richesse en vaisseaux de la peau jouent un rôle dans ce cas. C'est ainsi que les gommés des membres inférieurs à leur début déjà sont plus volumineuses que celles du membre supérieur et celles-ci plus que celles de la face.

Sclérodermie en plaques et en bandes chez une petite fille.

Par MM. BROcq et VEILLON.

Marie D..., 7 ans et demi.

La mère de cette petite fille a eu antérieurement deux fausses couches, à la troisième grossesse (celle de la petite malade) il y a eu au cinquième mois menace de fausse couche caractérisée par des douleurs et une perte de sang ; on exige le séjour au lit et l'accouchement se fait à terme. Accouchement par le siège, long et difficile. La petite fille a été nourrie au sein jusqu'à 1 an ; elle a marché à 15 mois.

Dès l'âge de 6 mois les parents ont constaté une déviation de la colonne vertébrale qui est d'ailleurs très apparente en ce moment.

Cette enfant a eu la rougeole, la varicelle, la coqueluche et une angine à 5 ans et demi.

La sclérodermie dont elle est atteinte a débuté il y a six mois par le gros orteil du pied gauche ; l'extension à la jambe et à la cuisse se serait faite en un mois.

Lorsque la petite malade est venue à la consultation externe de l'hospice Larochefoucauld, elle présentait des lésions constituées sur la jambe et la cuisse gauche et d'autres lésions débutantes sur la peau de l'abdomen ; enfin nous avons assisté à la naissance d'autres plaques et à leur évolution.

Quelle que soit la localisation de l'affection, les lésions ont commencé de la même façon.

Au début, on constate sur la peau saine une petite tache, ni déprimée, ni surélevée, d'un blanc légèrement violacé ; cette teinte qui rappelle celle de la fleur de lin est tout à fait spéciale. Ces taches très petites atteignent bientôt 1 à 2 millim. de diamètre, elles sont rondes ou lenticulaires, les sillons de la peau y sont un peu plus atténués mais n'ont pas complètement disparu ; la lésion est tout à fait superficielle, le derme n'offre ni dureté, ni infiltration, ni œdème, et la lésion n'attire l'attention que par sa teinte si spéciale. Un peu plus tard ces petites taches deviennent au centre un peu plus blanches et elles s'entourent d'un fin liséré plus coloré, mauve ou lilas, ce liséré forme une zone dont les teintes violacées vont en s'atténuant vers la périphérie qui est ainsi mal délimitée, car elle se fond avec la teinte légèrement rosée de la peau environnante.

Plusieurs de ces petites taches primitives sont groupées les unes près des autres, de telle sorte qu'on a un placard de couleur violacée, mauve lilas, au milieu duquel sont disséminées les petites taches blanchâtres. Dans cette zone violacée on voit sur quelques points de très légères dilata-tions capillaires. Le derme à cette époque paraît à peine épaissi.

Plus tard, au bout d'un mois environ, les petites taches devenues confluentes se sont réunies et ne forment plus qu'une plaque de la grandeur d'une pièce de deux francs. Cette plaque présente un centre blanchâtre ou blanc jaunâtre chamois, lisse, ni surélevé, ni déprimé, mais au toucher, on sent la peau épaissie, infiltrée, indurée. Le centre blanchâtre de la plaque est entouré d'un anneau bleuâtre et, à la périphérie, d'une zone diffuse, constituée par les petites taches lilas primitives entourées chacune par leur zone mauve et violacée. La plaque s'étend par la confluence de ces petites taches, mais à mesure, il s'en forme d'autres à la périphérie.

Tous les stades de ce processus peuvent être constatés chez cet enfant. Des taches, toutes récentes, tout à fait au début, siègent sur la peau du front, au niveau des bosses frontales; d'autres petits groupes, de cinq à six éléments, siègent à la région postérieure du cou, sur les épaules, au niveau des omoplates. Des plaques plus avancées siègent sur la peau du thorax et de l'abdomen. Cette dernière, de la largeur d'une pièce de cinq francs, date de deux mois.

Ce qui est remarquable chez cette malade, c'est que ces plaques très nombreuses ne semblent pas disséminées au hasard sur la surface de la peau. En regardant avec soin, on voit en effet qu'elles forment des groupes ordonnés d'une façon linéaire comme dans le zona. On peut constater ce fait sur la peau du thorax et enfin surtout sur les membres supérieurs. On constate en effet un petit groupe sur l'épaule, puis sur d'autres, sur la face postérieure du bras, puis de l'avant-bras et de la main. Sur le bras gauche ces groupes sont encore éloignés les uns des autres, mais sur le bras droit, ils commencent à se réunir et on assiste ainsi à la production de la bande scléreuse.

Cette bande scléreuse existe complètement au membre inférieur gauche. Là on constate au centre de la bande une peau complètement atrophiée, lisse, blanche, jaune chamois par place. Elle est très dure; on ne peut ni la pincer, ni la mobiliser, elle semble adhérente aux parties sous-jacentes, l'hypoderme a disparu et les muscles eux-mêmes semblent participer à l'atrophie. Cette bande scléreuse tend à se rétracter et à immobiliser le membre. A la périphérie de la partie centrale atrophiée, lardacée, on voit le cercle lilas et enfin la zone violacée semée de petites taches blanches ou couleur de lin que nous avons décrites au début.

Cette bande a environ un travers de main de largeur et s'étend depuis l'extrémité du gros orteil jusqu'au tiers supérieur de la cuisse, en recouvrant la face supérieure du pied, la face antérieure de la jambe et la partie antéro-interne du genou et de la cuisse.

Cette affection cutanée a évolué sans douleur; la malade se plaint d'engourdissements, de tiraillements et de gêne dans les mouvements; la température ne présente rien d'anormal au niveau des places malades. La

sensibilité tactile est conservée, la sensibilité à la douleur et à la température ne paraît pas modifiée.

Nous devons noter aussi chez cette petite fille une cicatrice linéaire sur la peau de la cuisse droite, cette cicatrice de 3 centim. de long est légèrement colorée en lilas comme les petites taches du début, elle provient d'une éraflure faite avec une épingle. *C'est une cicatrice banale qui a pris les caractères de la sclérodermie.*

Enfin on constate sur la face postérieure de la main gauche, au niveau d'une plaque sclérodermique commençante, un œdème sous-cutané et un épaissement qui siège soit dans le périoste de ses sous-jacents, soit dans l'hypoderme. Cette lésion, qui est peut-être constituée par des fongosités tuberculeuses, est difficile à interpréter.

Il faut aussi signaler, sur le thorax, au niveau des parties soumises à la pression du corset orthopédique, une éruption disséminée qui, d'après les renseignements de la mère, existe depuis très longtemps. Ce sont de petites papules rouges, jaune bistre, de la grosseur d'une tête d'épingle ou d'une lentille, recouvertes de squames brillantes et nacrées.

Quand on gratte ces papules, on enlève les squames et on obtient une surface rouge, piquetée de petits points hémorragiques.

Quelle est la signification de ces lésions psoriasiformes ?

Cette observation est intéressante, non seulement parce qu'elle montre à tous ses stades, le processus d'une sclérodermie en bande typique, mais parce que cette dermatose s'accompagne, chez cette malade, de lésions multiples dont les relations entre elles sont à chercher. Nous voulons parler de cette scoliose très marquée et de ces lésions osseuses, peut-être tuberculeuses, siégeant sur les os de la main gauche. Sans vouloir autrement insister sur des rapports possibles entre cette sclérodermie et la déviation de la colonne vertébrale d'une part, et des lésions tuberculeuses d'autre part, nous présentons cette observation comme un de ces faits d'attente, destinés à éclairer, un jour, l'étiologie encore si obscure de la sclérodermie.

Enfin rappelons l'attention sur ce fait remarquable qu'une cicatrice banale a pris, chez cette malade, des caractères sclérodermiques ; fait qu'on peut rapprocher de ces cas où l'on voit, chez certains malades, de légers traumatismes amener des lichénifications, des psorasisations ou des chéloïdes.

M. AUGAGNEUR. — On perçoit dans la profondeur une sensation de fluctuation. Mon diagnostic est tuberculose osseuse.

M. BESNIER. — Il ne s'agit sans doute que d'une coïncidence de la tuberculose et de la sclérodermie, mais je rappelle que nous soupçonnons la nature infectieuse de celle-ci et on peut se demander si elle n'offre pas une relation indirecte avec la tuberculose.

**Nouvelle étude sur la dermatite bulleuse congénitale
avec kystes épidermiques.**

Par M. HALLOPEAU.

En 1890, dans une communication qui s'est trouvée la première en date de notre société, nous avons décrit cette maladie que caractérise la production, depuis le premier âge, de bulles à contenu citrin ou rosé laissant à leur suite des cicatrices, d'abord pigmentées, puis décolorées, et de petits kystes épidermiques sous forme de nodules miliaires; ces éruptions ont pour lieux d'élection les extrémités, les coudes et les genoux; elles peuvent intéresser également la muqueuse buccale: elles sont d'ordinaire disposées symétriquement; on observe concurremment des dystrophies unguéales.

Ce type morbide n'avait pas encore à notre connaissance été différencié. On en trouve seulement une esquisse dans un fait présenté l'année précédente par M. Vidal à la réunion des médecins de l'hôpital Saint-Louis: il s'agissait d'un enfant de 13 ans, atteint d'une dermatose qui offrait plusieurs traits communs avec celle de notre malade; le siège en était le même: c'étaient les faces dorsales des articulations digitales, des coudes, des genoux et des cous-de-pied qui étaient intéressées; les surfaces atteintes ressemblaient à des plaques de psoriasis dont les squames auraient été enlevées; elles étaient parsemées de points blancs non saillants, analogues à de petites pustules ou plutôt à des grains de milium; enfin les ongles, considérablement épaissis, rétrécis dans leur largeur, creusés de sillons, recourbés à leur extrémité, rappelaient exactement, comme ceux de notre malade, des griffes ou becs de perroquet; quelques-uns étaient tombés et n'avaient pas repoussé: ces lésions remontaient au premier âge et s'étaient ensuite progressivement développées. Il est bien probable que des éruptions bulleuses avaient précédé le développement de ces altérations, mais elles avaient passé inaperçues; pendant le premier mois de l'existence seulement, la mère avait noté une éruption bulleuse aux talons; d'autre part, il n'est pas fait mention de cicatrices dans cette observation; notre regretté collègue avait qualifié cette éruption par l'étiquette de « lésions trophiques d'origine congénitale à marche progressive »; il ne s'agissait donc pas, suivant lui, d'une éruption essentiellement bulleuse.

Ces deux faits sont les seuls qui, à notre connaissance, aient été publiés. Dans la discussion qui s'est élevée à propos de notre communication, M. Besnier a dit avoir observé, englobés dans le pemphigus, des faits semblables chez des sujets atteints d'ichtyose: il n'y avait là vraisemblablement qu'une simple coïncidence, car il n'y a pas trace

de cette dermatose dans les deux cas dont nous venons de parler, non plus que dans celui que nous allons signaler.

Depuis lors, M. Brocq, dans son traité, a désigné cette dermatite sous le nom de « pemphigus successif à kystes épidermiques ».

Nous avons continué à étudier notre jeune malade et nous avons pu reconnaître que sa dermatose s'est constamment manifestée avec les mêmes caractères; vous pouvez aujourd'hui observer chez lui les mêmes éruptions bulleuses avec contenu légèrement hémorragique, les mêmes cicatrices décolorées ou pigmentées aux coudes, sur le dos des articulations digitales, au-devant des genoux et au pourtour des cous-de-pied, les mêmes dystrophies unguéales, les mêmes nodules miliaires. Nous avons seulement constaté, ces jours derniers, une importante particularité qui nous avait échappé lors de notre premier examen: c'est que les bulles peuvent se produire sous l'influence de chocs légers.

Cette dermatose doit être fort rare, car, jusqu'à ces jours derniers, le fait que nous venons de signaler était, depuis plus de douze ans, le seul qui se fût présenté à notre observation. Nous en apportons aujourd'hui un nouveau cas qui offre beaucoup d'analogie avec le précédent et en outre quelques particularités des plus instructives; son histoire peut être résumée ainsi qu'il suit:

Le nommé Camille C..., âgé de 55 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Bazin, lit n° 70, le 30 mars 1896.

Cet homme est affecté, depuis sa naissance, d'une éruption bulleuse, localisée aux coudes, aux genoux, aux malléoles, à la face dorsale des doigts et sous les ongles des doigts et des orteils.

Son arrière-grand'mère, sa grand'mère et sa mère étaient atteintes de la même maladie bulleuse, localisée aux mêmes endroits; elle débuta dès leur naissance et persista pendant toute leur existence. De plus, cet homme a un fils, actuellement au service militaire, qui est atteint lui aussi de la même affection, de telle sorte que cinq générations successives ont été atteintes d'une éruption de même nature, débutant dès la naissance et persistant pendant toute la vie.

Les bulles n'existent cependant pas continuellement, mais elles se renouvellent très fréquemment, de façon à être presque constantes. Le moindre choc au niveau des lieux d'élection de ces bulles en amène le développement. Elles contiennent un liquide citrin ou teinté en rose, sanguinolent; leur production n'occasionne aucune sensation pénible au malade.

Il y a deux mois, l'affection s'est modifiée en ce sens qu'au lieu de rester localisée aux endroits indiqués précédemment, l'éruption bulleuse s'est développée dans la continuité des membres inférieurs, au-devant des aisselles, autour de l'ombilic, dans le dos, sur les flancs, régions qui jusqu'alors étaient restées indemnes. De plus, cette nouvelle poussée éruptive est très prurigineuse, contrairement aux précédentes.

Cet homme est d'une constitution robuste; en dehors de cette affection

héréditaire, qui du reste ne l'incommodait guère jusqu'à ces derniers temps, il a toujours joui d'une bonne santé. Cependant l'examen de ses urines y décèle une quantité notable d'albumine et il est atteint d'une hypertrophie cardiaque avec bruit de galop.

Voici les lésions que l'on remarque sur le corps de ce malade à son entrée à l'hôpital.

Au niveau des coudes et des genoux, existent des cicatrices superficielles, au niveau desquelles la peau est légèrement plissée et amincie; elles sont réunies en groupes à contours circulaires; on y voit aussi des macules décolorées, et, à côté, d'autres cicatrices présentant les mêmes caractères, mais avec une coloration rouge sombre, disparaissant sous la pression du doigt. Ces lésions sont agminées, c'est ainsi qu'à gauche elles forment une plaque remontant à 4 centimètres au-dessus du coude, descendant à 6 centimètres au-dessous et s'étendant en largeur de l'épicondyle à l'épitrochlée.

Sur cette plaque érythémateuse, se détachent des points blancs, sail-lants, de la grosseur d'une tête d'aiguille à celle d'une tête d'épingle, durs à la pression. Ils ressemblent d'abord à de petites vésicules, mais la piqûre d'aiguille ne détermine l'issue d'aucun liquide; on peut en énucléer le contenu et si on l'écrase sur une lamelle, on peut voir, au microscope, qu'il est formé par un magma de cellules cornées.

Au niveau du coude droit, les lésions sont absolument identiques.

Au-devant des genoux, existent des placards semblables, en partie décolorés, en partie érythémateux ou pigmentés, légèrement déprimés avec fines plicatures transversales et atrophie de la peau.

Les ongles des mains sont profondément altérés; pour la plupart, ils sont presque détruits et leur lit est à nu; cependant, du côté des matrices, plusieurs persistent encore dans une étendue variant de 2 à 8 millimètres. Toutes ces altérations unguéales sont consécutives à des bulles qui se sont développées au niveau du lit de l'organe ont soulevé celui-ci et en ont déterminé la chute.

Sur le médius droit, dans la partie médiane, le lit de l'ongle, à nu, se continue directement avec la peau de la phalange; il n'existe plus en ce point de production unguéale; de chaque côté seulement persiste une toute petite lame d'ongle. Le médius gauche présente la même altération. Les rudiments d'ongles qui persistent sont, les uns atrophiés, les autres doublés d'une couche incomplètement kératinisée; ils présentent une surface inégale, rugueuse et creusée de stries longitudinales.

Du côté des orteils, les ongles sont pour la plupart absents; on n'en trouve plus que des rudiments au niveau des premier, quatrième et cinquième orteils gauches, et des troisième, quatrième et cinquième orteils droits. Ceux qui persistent sont profondément altérés comme ceux des mains.

L'éruption que présente actuellement ce malade est caractérisée par des groupes de plaques érythémateuses entremêlés de bulles et de croûtelles; ces plaques sont violacées, arrondies, variant comme diamètre de 5 à 12 millimètres. Elles sont isolées ou confluentes et toutes sont consécutives à la production de bulles qui se sont ouvertes ou affaissées.

Dans l'aire de ces plaques, on voit un grand nombre de ces petits nodules, d'un blanc jaunâtre, que nous avons signalés déjà.

Cette éruption est le siège actuellement de démangeaisons très violentes. Le phénomène initial paraît être le prurit; le malade se gratte et bientôt une bulle apparaît eodem loco.

Ces bulles atteignent le volume d'une amande; elles contiennent un liquide rosé sanguinolent; au dire du malade, certaines d'entre elles ont été grosses comme des mandarines.

Cette éruption bulleuse généralisée se produit depuis six mois par poussées incessantes.

Si l'on considère le siège de ces plaques, on est frappé, à première vue, de leur distribution presque complètement symétrique et de leur direction suivant des territoires nerveux. C'est ainsi qu'il existe des plaques symétriques au-devant et en arrière des aisselles; sur le tronc, du côté droit, à la partie inférieure du thorax, se trouve une bande horizontale offrant exactement la disposition d'un zona. Plus bas, au niveau des lombes et la région sacrée, la symétrie est frappante: les lésions partant de chaque côté de la colonne lombaire, descendent d'abord verticalement, puis se dirigent en dehors en décrivant une couche à concavité supérieure, atteignent la crête iliaque dont elles suivent la direction et se prolongent ensuite sur la face supéro-antérieure de la cuisse.

Sur le bas-ventre, on voit une plaque commençant à se décolorer et décrivant une demi circonférence au-dessous de l'ombilic.

Sur les membres inférieurs, du côté droit, ces lésions forment une bande suivant le trajet du sciatique; à gauche, cette traînée n'existe pas, mais on voit cependant à la partie postéro-supérieure de la cuisse quelques macules.

La cavité buccale reste indemne.

On voit que les traits communs entre cette observation et celle de notre premier malade sont des plus frappants: dans les deux cas, la maladie a débuté dans le premier âge; elle a été caractérisée surtout par des éruptions bulleuses, à contenu d'un rose plus ou moins vif; les sièges d'élection ont été identiques; les ongles présentent les mêmes altérations; les bulles laissent à leur suite les mêmes nodules miliaires.

Une autre particularité appartenant aux deux faits est la production des éléments bulleux sous l'influence des plus légers traumatismes: il suffit, dit notre second malade, que je me heurte légèrement pour qu'une bulle apparaisse dans la région intéressée; nous avons reconnu qu'il en est de même chez notre jeune homme: on en a actuellement la preuve sous les yeux; nous lui avons fait, il y a peu de jours, une simple pichenette sur le dos de la première articulation phalangienne du médus droit: peu d'instant après, il s'est produit, au lieu frappé, une couleur rouge, puis un soulèvement bulleux qui, en moins de dix minutes, a atteint les dimensions d'une petite lentille; les jours suivants, cette bulle a continué à se développer; elle mesure actuellement plus d'un

centimètre de diamètre; il ne s'agit donc pas d'une hémorragie traumatique; d'ailleurs, nous le répétons, le liquide exsudé n'est que plus ou moins teinté en rose, il est surtout séreux.

Les altérations des ongles méritent également l'attention; chez notre second malade, il en est plusieurs dont la matrice a disparu; ils sont tombés et l'épiderme qui recouvre leur lit se continue directement avec celui de la phalangette.

Jusqu'à ces derniers temps, l'éruption avait été, chez ce malade, comme chez notre jeune homme, presque complètement indolente et limitée aux régions indiquées précédemment: depuis deux mois environ, la situation s'est modifiée; la dermatose s'est étendue à des régions épargnées jusqu'alors et particulièrement au-devant des aisselles, au pourtour de l'ombilic, dans le dos, sur les flancs et dans la continuité des membres inférieurs; de plus, elle s'accompagne de sensations prurigineuses très intenses; les groupes de bulles ou de croûtelles leur faisant suite reposent sur des plaques érythémateuses d'un rouge violacé; ces plaques arrondies, variant comme diamètre de 5 à 12 millimètres, sont isolées ou confluentes.

L'éruption est remarquable par sa symétrie presque parfaite et sa distribution suivant des territoires nerveux; c'est ainsi que, sur le côté droit de la région dorsale, elle dessine une bande horizontale offrant la disposition d'un zona et que, de chaque côté de la colonne lombaire, les éléments bulleux descendent, d'abord très obliquement, puis en décrivant une courbe à concavité supérieure, jusqu'à la crête iliaque dont elles suivent la direction pour se prolonger ensuite sur la partie antéro-supérieure de la cuisse; de même, au membre inférieur droit, l'éruption est distribuée suivant le trajet du sciatique. Ces faits, rapprochés du mode de développement des bulles sous l'influence d'un choc très léger, ne laissent guère de doute relativement à la nature trophonévrotique de ces phénomènes.

Malgré la différence de siège de ces dernières manifestations et les sensations pénibles dont elles s'accompagnent et qui pourraient faire penser à une dermatite herpétiforme, le mode de production des bulles sous l'influence de coups, le caractère légèrement hémorrhagique de l'exsudat, et la présence de nombreux nodules épidermiques montrent bien qu'il s'agit toujours de la même maladie, subissant sous l'influence indéterminée une recrudescence, et se traduisant par des poussées aiguës. Nous avons vu d'ailleurs que, chez notre premier malade, les nombreuses cicatrices du dos, du thorax et de l'abdomen, indiquent que la maladie, actuellement limitée à certaines régions déterminées, a intéressé autrefois toute la hauteur du tronc comme le fait aujourd'hui la dermatose de notre second sujet; il faut donc savoir qu'en dehors de ses lieux d'élection cette maladie peut envahir tout le tronc et la continuité des membres. Le visage, le cuir chevelu et les organes

génitaux sont les seules régions qui jusqu'ici en soient restées indemnes.

Nous devons enfin signaler un fait des plus importants dans l'histoire de notre second malade : c'est l'existence dans sa famille, du côté maternel, d'éruptions semblables dans trois générations ascendantes et sa transmission à un fils ; cette dermatose peut donc être, au plus haut degré, héréditaire.

Pour ce qui est des nodules épidermiques, dont la production paraît un caractère constants de cette maladie, nous rappellerons que M. le Dr Darier a été conduit, par l'examen histologique d'un fragment de peau pris chez notre premier malade, à les considérer comme ayant pour siège les conduits sudoripares ou sébacés et pour cause prochaine l'oblitération de ces conduits par le tissu de cicatrice. Il vaudrait mieux dire, ce nous semble, « par la néoformation épidermique consécutive à la régression de la bulle » ; s'il s'agissait, en effet, d'un tissu cicatriciel ces altérations seraient indélébiles, car ces tissus n'ont pas de tendance à se résorber ; or nous avons constaté maintes fois que ces nodules n'ont qu'une durée passagère et qu'ils disparaissent spontanément au bout de quelques semaines, si bien que, chez le même malade, on peut, à des intervalles peu éloignés, en trouver un grand nombre ou constater leur absence presque complète.

Comme différence entre nos deux sujets, nous devons mentionner l'absence, chez le second, des manifestations buccales fréquentes chez le premier.

Ce type morbide offre plusieurs caractères communs avec celui qui a été décrit par Goldscheider, Kœbner, Max Joseph et Blumer, sous le nom de « tendance héréditaire à la formation de bulles traumatiques » et par Valentin sous celui « de dermatite héréditaire bulleuse ». Dans les deux états morbides, on observe, en effet, la transmission héréditaire et la production des bulles sous l'influence de légers traumatismes ainsi que la durée de la maladie pendant toute la vie, mais la dermatose qui fait l'objet de ce travail se distingue par son caractère inflammatoire, par ses localisations de prédilection sur la face dorsale des articulations, par l'intégrité des plantes des pieds, par l'atrophie cutanée et les cicatrices indélébiles qui font suite à ses manifestations, par les grains épidermiques qu'elles laissent à leur suite, par le développement de bulles sans traumatisme appréciable, et par la production de poussées aiguës suivant des sphères de distribution nerveuses : malgré d'incontestables analogies, il ne s'agit donc pas d'une même espèce.

Nous résumerons ainsi qu'il suit les conclusions de ce travail :

1° *La dermatose bulleuse congénitale avec cicatrices indélébiles et kystes épidermiques constitue une espèce morbide nettement différenciée ;*

2° *Elle est caractérisée essentiellement par la production de bulles citrines ou séro-sanguinolentes ;*

3° De légers chocs suffisent à déterminer l'apparition de ces bulles;

4° Elles siègent de préférence sur le côté de l'extension des articulations des membres, mais on peut également les voir se produire dans leur continuité ainsi que sur le tronc;

5° Elles sont généralement indolentes, mais peuvent, dans les périodes de poussées aiguës, devenir le siège de sensations vivement prurigineuses ou en être précédées;

6° Elles laissent à leur suite, tantôt de simples macules, d'abord pigmentées, puis décolorées, tantôt des cicatrices généralement très superficielles, irrégulièrement arrondies ou ovalaires, isolées ou confluentes, déprimées ou légèrement saillantes; on les trouve surtout dans les lieux d'élection, mais elles peuvent également envahir tout le tronc; il y a concurremment dans les régions les plus atteintes une remarquable atrophie cutanée;

7° On voit, dans les macules, des nodules miliaires, blanchâtres ou jaunâtres, représentant des kystes épidermiques dont la cause prochaine paraît être l'oblitération d'un orifice glandulaire par la régénération épidermique qui se produit consécutivement à la régression de la bulle;

8° La distribution des éléments éruptifs peut correspondre à celle de troncs nerveux;

9° Il s'agit, selon toute vraisemblance, non d'une dystrophie congénitale comme le pensait Vidal, ni d'une intoxication comme nous en avons émis l'hypothèse, mais bien d'une tropho-névrose;

10° Cette maladie peut être héréditaire; elle se transmet alors principalement, mais non exclusivement, par la ligne maternelle.

11° Elle diffère de la tendance héréditaire à la formation de bulles par son caractère inflammatoire, par ses localisations, ses cicatrices, ses atrophies, ses nodules épidermiques et ses poussées aiguës suivant des sphères de distribution nerveuse.

M. BROCC. — Je pense, après la communication de M. Hallopeau, qu'il y a lieu d'étudier de nouveau avec le plus grand soin les rapports qui peuvent exister entre les types qu'il vient de nous présenter et l'affection bulleuse connue surtout en Allemagne, maladie familiale dans laquelle il se développe des bulles sous l'action du traumatisme.

M. J. DARIER. — J'ai fait récemment l'autopsie d'une malade du service de M. Besnier qui présentait le type le plus complet de cette affection. Certaines bulles devenaient permanentes sous forme de kystes. Les cornées étaient kératinisées, les ongles altérés, la moindre pression amenait la formation de bulles. Histologiquement, le fait principal était une atrophie du corps muqueux.

**Sur une urticaire pigmentée en bandes transversales
avec cicatrices.**

Par M. HALLOPEAU.

Cette éruption diffère, par sa distribution en bandes parallèles, de celle que présente d'ordinaire l'urticaire pigmentée et nous avait conduit d'abord à penser qu'il s'agissait d'un lichen plan anormal : il nous a suffi, pour renoncer à ce diagnostic et pour accepter celui d'urticaire pigmentée qu'a formulé M. Malcolm Morris, de nous reporter au moulage que voici d'un ancien malade de notre service : il présente en effet les plus frappantes analogies avec l'éruption du sujet que nous avons l'honneur de vous présenter et nous l'avions qualifiée d'urticaire pigmentée : cette analogie ressort également de la lecture des deux observations : celle de notre second malade peut être résumée ainsi qu'il suit :

Accident spécifique en 1870.

La maladie a débuté il y a deux ans et depuis, n'a jamais cessé. Le visage est intact, il en est de même de la cavité buccale. L'éruption occupe le tronc, les bras, elle est beaucoup moins prononcée aux membres inférieurs. Elle est constituée par des plaques légèrement saillantes, à contours géographiques, disposées fréquemment en bandes mesurant jusqu'à 10 centimètres de long sur 1 centimètre de large. Ces bandes sont surtout remarquables dans la région dorsale, où on les voit disposées symétriquement, dirigées de haut en bas et de dedans en dehors. Elles sont parallèles et forment des demi-ceintures simulant le zona. Les plus élevées sont au niveau de la troisième dorsale, les plus déclives à la base du sacrum. Les premières sont plus obliques, les dernières plus horizontales. Leurs contours sont nets, légèrement sinueux ; leur coloration est d'un rouge jaunâtre qui ne s'efface qu'incomplètement sous le doigt ; la sensibilité est conservée à leur niveau. Les rubans constitués par ces plaques sont séparés par des intervalles de peau saine, égaux aux bandes ou plus larges. Les mêmes rubans existent en avant, mais moins bien dessinés. De plus, on voit des plaques irrégulièrement circulaires.

Des éléments semblables se retrouvent aux bras et à la partie des épaules ; ceux-ci se continuent avec celles du dos. L'éruption s'arrête aux coudes. Aux membres inférieurs, l'éruption n'intéresse que faiblement les parties antéro-interne et postérieure des jambes.

Ces altérations sont presque indolentes, parfois seulement, dans la soirée, elles donnent lieu à un certain degré de prurit.

Si on étudie ces éléments éruptifs, on voit qu'ils sont constitués par de fines saillies miliaires, brillantes et polygonales. Leurs dimensions ne dépassent guère celles d'une pointe d'aiguille. Quelques-uns cependant atteignent de 1 à 2 millimètres.

L'épiderme est plissé au niveau des plaques.

Leur coloration est tout à fait uniforme dans toute leur étendue.

On remarque sur les parties latérales et inférieures du tronc des cicatrices superficielles, disséminées, irrégulièrement arrondies.

Deux faits sont remarquables dans cette éruption chez ce sujet, ce sont, d'une part, la disposition si frappante de l'éruption en bandes parallèles et, d'autre part, la présence de cicatrices : or ces mêmes particularités se rencontraient chez notre petit malade observé il y a 4 ans, notre moulage en fait foi ; on lit de même dans l'observation que les plaques formaient des traînées transversales de 4 centimètres de longueur qui toutes avaient leur grand axe dirigé transversalement : il y avait en même temps de nombreuses cicatrices en rapport avec les plaques ortiées et de cause indéterminée.

Notre malade actuel ne donne que des renseignements extrêmement vagues et contradictoires sur la date à laquelle ont paru ces cicatrices et sur leur mode de production : il croit qu'elles ont précédé l'apparition des plaques colorées, mais il ne le dit qu'avec hésitation ; nous sommes convaincu qu'il se trompe : la ressemblance de ces cicatrices avec celles de notre petit malade nous semble à cet égard pleinement démonstrative.

La disposition de l'éruption en bandes parallèles est tout à fait favorable à la théorie trophonévrotique si nettement formulée par M. Besnier : il en est de même de ces cicatrices.

M. LEREDDE. — M. Tenneson a présenté à la Société un enfant de 10 ans atteint d'urticaire pigmentaire. Déjà, ce fait a soulevé quelques objections mais il était appuyé sur l'examen histologique. Je crois qu'on ne peut considérer l'urticaire pigmentée comme certaine chez l'adulte qu'après l'étude biopitique.

M. BROcq. — Il est possible que cet homme soit urticaire, mais la nature des lésions qu'il présente ne me paraît pas suffisamment établie.

M. BESNIER. — Le malade a beaucoup moins de prurit qu'un urticaire vulgaire. Il présente beaucoup plus de congestion que de pigmentation. D'autre part, il n'est pas dermographique. Je pense qu'une biopsie est nécessaire.

M. HALLOPEAU. — J'insiste sur l'identité des lésions que présente ce malade et de celles qu'on relève sur le moulage que j'ai montré à la Société et qui se rapportait à un cas avéré d'urticaire pigmentée ; il s'agit, en toute évidence, de la même éruption.

Curabilité de la syphilis dépigmentaire.

Par M. JULLIEN.

La jeune femme que j'ai l'honneur de présenter est entrée dans mon service en juillet 1895 pour une syphilis en pleine floraison et remontant à trois ou quatre mois. Indépendamment des lésions spécifiques, le tégument naturellement bistré était sali par des éruptions scabieuses et phthiriasiques qui accentuaient encore sa teinte brune. Mais ce qui ne tarda pas à nous frapper, c'était l'apparition de taches blanches, dont les dimensions pouvaient aller de celle d'un pois à celle d'une pièce de 2 francs, et qui tiguaient le cou, la poitrine, le dos, sans guère dépasser le thorax. L'éclat de cette dépigmentation était tel que j'ai pu faire la photographie pour en conserver le type remarquable sur ces épreuves tirées le 28 septembre, ces taches sont reproduites avec une grande exactitude.

Depuis l'été dernier, la malade a été soumise au traitement par les injections de calomel, progressivement, les lésions cutanées, les larges plaques muqueuses de la gorge, les énormes condylomes vulvaires se sont effacés, l'état général qui était mauvais s'est transformé; de 45 kilogr. le poids est monté à 60. Toutes ces métamorphoses sont vulgaires, et ce n'est pas pour mettre en relief ces résultats habituels d'un traitement quelconque que cette femme vous est présentée. Ce qui me semble intéressant et digne de retenir l'attention, c'est l'atténuation prochaine. On peut en juger par la comparaison de la photographie et du sujet à 6 mois de distance; c'est, je pense, un succès qu'il faut attribuer à la thérapeutique par les injections de Scarenzio qui furent données au nombre de 8, soit 0,40 de calomel.

Je rappellerai que M. Le Pileur a récemment relaté un fait analogue dans une de nos dernières séances; il parlait, si j'ai bonne mémoire, de la syphilis pigmentaire classique, et je reconnais que l'espèce de vitiligo spécifique que je viens de vous présenter en diffère quelque peu, mais pigmentation ou dépigmentation sont faits connexes, surtout quand ils dérivent de même cause, et je pense que, dans l'un comme dans l'autre cas, le succès est de nature à nous encourager dans la cure d'une des manifestations réputées les plus incurables de la syphilis.

Du psoriasis palmaire**à propos de trois cas de psoriasis atypique localisé à la main.**

Par M. J. DARIER.

Les éruptions rouges et squameuses de la paume des mains et de la plante des pieds donnent fréquemment lieu à de grandes difficultés de diagnostic.

Je me garderai bien d'entreprendre un historique, même abrégé, de la question; qu'on me permette cependant de rappeler qu'elle a parcouru trois phases.

Alors qu'on dénommait les affections cutanées d'après leur siège et leurs caractères objectifs, le nom de *psoriasis palmaire* était communément appliqué en pareil cas; on ajoutait avec Hébra et Hardy que ce *psoriasis palmaire* est presque toujours syphilitique de nature.

Puis, les syphilides palmaires ayant été soigneusement décrites et bien individualisées par les syphiligraphes, qui eurent le tort de leur conserver le nom de *psoriasis palmaire*, on s'attacha à en distinguer les autres affections analogues; à ces dernières on appliquait volontiers le terme d'*arthritides palmaires de Bazin*, lequel a servi sans doute à englober bien des éruptions de nature diverse.

Enfin plus récemment on a dissocié ce *caput mortum* de l'arthritide palmaire et reconnu qu'à la plante des pieds et surtout à la paume des mains, on rencontre, en dehors de la syphilis, diverses éruptions rouges et squameuses parmi lesquelles notamment : des *dermatites artificielles*, la *dysidrose*, la *trichophytie*, les *kératodermies*, le *lichen*, l'*eczéma* et le *psoriasis vrai*.

Les auteurs sont d'accord pour insister sur la rareté de la localisation palmaire du psoriasis; le plus souvent cette dermatose, alors qu'elle est généralisée, respecte non seulement la paume et la plante, mais encore la main et le pied en entier. « Dans beaucoup de cas, une ligne fictive sus-malléolaire et sus-radio-carpienne isole les extrémités (de la partie malade), comme si elles avaient été trempées dans un liquide préservateur (Besnier). » Mais plusieurs dermatologistes signalent des cas atypiques où les conditions sont inverses, où le psoriasis occupe au contraire, et parfois exclusivement, la main ou le pied; on signale la difficulté particulière du diagnostic en pareil cas.

J'ai observé récemment, à la consultation externe de mon excellent maître M. le Dr Besnier, que je suppléais à l'hôpital St-Louis, deux exemples remarquables de ce psoriasis vrai localisé exclusivement à l'une des mains avec intégrité de toutes les autres régions des téguments. J'ai suivi en ville pendant deux ans un cas exactement semblable. Je puis aujourd'hui vous présenter deux de ces malades et la photographie du troisième, qui habite la province; il n'est peut-être pas sans intérêt de rapprocher leur histoire, de comparer leur éruption à celles qui peuvent offrir quelques analogie d'aspect pour tirer de cette étude les déductions pratiques et théoriques qu'elle comporte.

Voici d'abord les observations de mes trois malades :

Obs. 1. — M. S..., âgé de 31 ans, commerçant, vient en janvier 1894 me consulter pour une éruption déjà ancienne de la main; désirant se marier il demande s'il peut le faire sans scrupule.

L'éruption occupe la main droite seule, à l'exclusion de toutes les autres régions du corps qui, examinées avec le plus grand soin et à plusieurs reprises, sont trouvées absolument saines. La paume de la main y compris la face palmaire des doigts est prise dans sa totalité; la peau y est rouge, luisante, parsemée de squames foliacés minces et très adhérentes; il n'y a ni rhagades, ni épaissement corné compact ou lamellaire, ni induration appréciable du derme.

L'éruption déborde largement sur la face dorsale des doigts et de la main et en outre un peu sur la face antérieure du poignet. Les doigts sur leur face postérieure sont entièrement envahis sauf certains points du dos de la première et deuxième phalange. A peu de distance de l'espace interdigital l'éruption se limite par un bord sinueux parfaitement net. Il en est de même au niveau de la face antérieure du poignet; elle dépasse le pli de flexion de la main de deux travers de doigts et se termine par une bordure nette en festons arrondis; à un centimètre au-dessus de cette bordure se voit un flot grand comme une pièce de 50 centimes qui offre très nettement les caractères classiques d'une tache de psoriasis. L'aspect psoriasique de l'éruption est du reste très nettement accusé aussi à la région dorsale de la main et des doigts.

Les ongles sont absolument sains à l'exception de celui de l'annulaire dont le tiers inférieur est ponctué et strié et soulevé par des squames.

Le début de cette éruption remontait à trois ans au moment où je vis le malade pour la première fois; elle avait commencé par la paume de la main.

Pendant une période d'instruction militaire elle avait disparu complètement et le malade put se croire guéri; mais au bout de deux mois elle se reproduisit et reprit son aspect antérieur.

Il n'y a aucune maladie de peau dans la famille du malade; lui-même n'a eu aucune éruption ou autre maladie avant l'apparition de son mal actuel. Cependant, il y a huit ans il a contracté un chancre de la verge, suivi de bubon suppuré; on l'a traité par de l'iodure de potassium et il demande s'il est syphilitique. Aucun accident cutané ou muqueux ayant apparû à la suite, je crus pouvoir rassurer le malade à cet égard, quoique plusieurs médecins, sur le vu de son éruption palmaire, eussent conclu dans un sens opposé.

En effet, le diagnostic que je portais fut celui de psoriasis vrai; j'éliminais d'emblée les hypothèses de kératodermie, de trichophytie, de dermatite artificielle. Contre le diagnostic d'eczéma plaidaient surtout tous les caractères de l'éruption sur le dos de la main et sur le poignet; contre celui de syphilide j'invoquais l'uniformité de l'aspect de la lésion sur toute la paume, l'absence totale d'infiltration dermique et d'épaississement corné, la lésion de l'ongle, l'extension de l'éruption sur le dos de la main.

J'autorisai donc mon client à se marier peu de mois après; depuis lors il a eu un enfant venu à terme et parfaitement sain.

En outre je traitai l'éruption, après décapage par le gant de caoutchouc et les bains locaux savonneux, successivement par tous les agents généralement efficaces contre le psoriasis. L'huile de cade à dose progressivement croissante, l'acide chrysophanique, l'acide pyrogallique au dixième,

le gallanol, les pommades soufrées et salicylées furent successivement et longuement employées sans aucun résultat complet ; l'affection se montra exceptionnellement rebelle, si bien que le malade finit par se contenter de savonnages et d'onctions grasses qui entretiennent un état de souplesse satisfaisant.

Depuis un an le mal a gagné la main gauche, d'abord l'index, puis les parties voisines de la paume et du dos de la main dans l'étendue d'une plaque de 5 à 6 centimètres de diamètre, parfaitement et nettement limitée par une collerette épidermique mince ; sa surface est rouge et unie.

Le reste des téguments et notamment les coudes, genoux, les plantes des pieds, le cuir chevelu, les organes génitaux restent absolument indemnes.

Obs. II. — Le nommé B..., 47 ans, photographe, se présente à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, il y a quinze jours, pour une éruption datant de trois ans et qui occupe entièrement la main gauche.

Il n'a pas eu d'autre maladie de peau que la gale il y a 25 ans ; pas de syphilis, pas de rhumatismes. A l'âge de 2 ans il s'est fait une brûlure du tiers inférieur de l'avant-bras gauche et du dos de la main, qui a laissé une cicatrice gaufrée. Marié, il a perdu deux enfants morts en nourrice ; deux autres ont 11 et 12 ans et sont indemnes de toute maladie de peau ainsi que les autres membres de sa famille.

L'éruption occupe la paume de la main gauche dans sa totalité sauf un îlot de peau saine sur l'éminence hypothénar, un autre sur la première phalange du pouce, et à l'exception de la pulpe de tous les doigts qui est réservée. Toute cette surface palmaire est d'un rouge un peu nuancé, plus vif au niveau des plis et sur l'éminence thénar ; elle est partiellement recouverte de lamelles épidermiques assez minces, très adhérentes ; ailleurs elle est lisse, fine, sans induration. Le bord des régions réservées est nettement marqué par un soulèvement de la couche cornée, qui n'est nullement épaissie, de la largeur d'un millimètre.

Sur la face dorsale de la main et des doigts, l'éruption, qui paraît avoir débordé à travers les espaces interdigitaux, forme des placards rouges et squameux, circonscrits, limités en arcades.

Ces placards occupent les doigts presque en totalité et la moitié interne du dos de la main.

Sur la face antérieure du poignet l'éruption dépasse les plis horizontaux de la région de deux travers de doigts ; en ce point il y a des taches nummulaires, rouges et squameuses, bien limitées ; quand on arrache la squame qui les recouvre on décèle une surface brillante avec un piqueté hémorrhagique.

Les ongles sont relativement sains, mais présentent cependant une fine striation longitudinale.

La sensibilité de la région malade est normale, le malade n'y éprouve pas de douleurs et seulement un prurit des plus modérés.

C'est il y a trois ans, au niveau du sillon qui limite l'éminence thénar, que l'éruption aurait débuté ; depuis lors elle a subi un accroissement lent, plus rapide dans ces dix derniers mois ; elle est sujette à des exacerbations et à des rémissions, mais jamais elle n'a totalement disparu.

Il n'y a de trace d'éruption sur aucune autre partie du corps, notamment sur l'autre main, sur les coudes, les genoux, la plante des pieds, le dos et le cuir chevelu qui est indemne de séborrhée.

Du côté des muqueuses on note seulement un peu de leucoplasie des commissures.

L'état général est excellent ; il s'agit d'un sujet vigoureux et très bien portant.

Oss. III. — Le nommé Fr..., 47 ans, frotteur, a depuis quatre mois une éruption limitée à la main gauche.

Il n'a jamais eu de maladie de peau auparavant ; il a souffert d'un rhumatisme articulaire en 1890, et, d'après son dire, les articulations du membre supérieure gauche auraient été plus fortement et plus longuement atteintes. Cet homme est certainement indemne de syphilis ; il n'a jamais présenté d'accidents suspects à cet égard et on n'en trouve aucune trace en l'examinant. Marié il a eu 8 enfants venus à terme, dont 5 sont morts en nourrice ; l'aîné de ceux qui survivent est âgé de 17 ans. Aucune personne de sa famille n'a eu de maladie de peau.

La face palmaire de la main gauche est le siège d'une éruption qui occupe surtout sa moitié externe mais avec plusieurs réserves de forme et de dimensions irrégulières. Sur l'éminence hypothénar existent trois placards à bords géographiques : les trois premiers doigts sont pris, mais incomplètement ; l'annulaire porte une tache de la grandeur d'une pièce d'un franc ; l'auriculaire est indemne.

Sur la face dorsale, il n'y a que des éléments disséminés, abondants surtout autour de la racine des trois premiers doigts et vers le bord cubital.

Constituée par des surfaces rouges bien limitées, plus ou moins recouverte de squames minces, sur la face palmaire, l'éruption est plus abondamment squameuse sur la face dorsale.

Les ongles de la main malade sont tous striés longitudinalement et, en outre, marqués à leur milieu d'un large sillon transversal ; celui de l'auriculaire fait exception. Ceux de la main droite sont lisses et normaux.

Le début de l'éruption s'est fait en décembre 1895 par une crevasse au milieu de la paume de la main, autour de laquelle s'est développée une plaque rouge.

Un mois après, en janvier 1896, la lésion a guéri spontanément et la main a repris son aspect normal pendant quinze jours ; puis il y a eu récédive et constitution progressive de l'état actuel.

Toutes les autres régions du corps, main droite, pieds, coudes, genoux, dos, etc., sont saines. Le cuir chevelu est le siège d'une séborrhée très légère. Il y a dans la bouche une leucoplasie commissurale peu marquée ; le sillon médian de la lèvre inférieure est crevassé tous les hivers.

Aucune sensation anormale au milieu de la main malade. La santé générale est bonne, la constitution du sujet très vigoureuse.

Comme on le voit ces trois observations sont, à quelques détails près, presque calquées les unes sur les autres. Il s'agit de trois adultes vigoureux, indemnes de syphilis et de toute éruption, et qui présentent depuis cinq ans et ou trois ans pour les deux premiers, quatre

mois seulement pour le dernier, une éruption absolument localisée à la main.

Notre musée renferme le moulage d'un cas tout à fait semblable observé par mon cher maître, M. le D^r Besnier, qui a bien voulu me remettre à ce sujet, la note que voici :

Moulage n° 389, année 1876. *Psoriasis circiné. Lèpre vulgaire. Forme atypique. Variété solitaire. Faces palmaire et dorsale de la main gauche.*

On peut étudier sur ce moulage une forme rare de psoriasis atypique, psoriasis circiné, gyroïde, absolument limité à la main gauche : Cercles psoriasiques, lignes contournées, crosses, gouttes disposées dans ces différentes situations, rhagades psoriasiques au niveau des grands plis de mouvement, desquamation caractéristique.

L'affection avait débuté en 1872 par la face palmaire. Le sujet est un adulte vigoureux, ayant contracté la syphilis au Mexique en 1863, mais n'en présentant actuellement aucune trace. Bien que les lésions fussent manifestement psoriasiques par leurs caractères typiques, l'anomalie de position, la disposition circinée, firent plusieurs fois hésiter dans leur diagnostic les nombreux observateurs à qui nous fîmes examiner le patient. La superficialité des lésions, leur caractère si nettement kératosique éloignèrent l'idée de syphilodermite circinée, squameuse; cependant nous fîmes l'épreuve thérapeutique par l'iodure de potassium. Résultat nul.

Au contraire l'affection s'effaça assez rapidement sous l'action des préparations de goudron (huile de cade).

Le malade, agent des postes, était obligé de subir les irritations produites par la corde à ficeler les paquets, et présentait souvent des poussées de dermite émanées des fissures psoriasiques, et cela à un point d'acuité tout à fait exceptionnel dans le psoriasis.

A la suite d'une dernière poussée (1880), qui a été surtout traitée par l'application de feuilles de noyer en décoction, employées en forme de cataplasmes épais, l'affection n'a plus reparu, bien que le malade continue (1885) ses fonctions d'agent de postes.

Jean C..., 47 ans, hôpital Saint-Louis, salle Saint-Léon, année 1876 et suivantes.

Un autre moulage, se rapporte à un malade de mon cher maître, M. le professeur Fournier; on y voit un psoriasis nummulaire de l'avant-bras, qui occupait même à ce que je crois le corps tout entier et qui, contrairement à la règle, n'a pas épargné la paume de la main où se voient des taches disséminées. Mais ici il s'agit de psoriasis diffus et généralisé et non plus de la variété solitaire que j'ai en vue.

En résumé, on peut énoncer comme suit les enseignements qui découlent de ces observations.

Le psoriasis, qui d'ordinaire épargne les régions palmaire et plantaire, peut au contraire, dans une forme atypique, atteindre exclusivement une de ces régions et se limiter par exemple à une main.

Cette variété rare et d'un diagnostic délicat s'observe, comme le

psoriasis en général, de préférence chez l'homme et sur des sujets vigoureux.

L'éruption débute par un point quelconque de la surface palmaire et s'étend lentement. Lorsqu'elle occupe toute la paume, la peau y est rouge, luisante, non épaissie ni indurée, recouverte plus ou moins de squames lamelleuses fines, assez adhérentes; lorsque l'envahissement n'est pas total, l'éruption est formée de taches ou placards nettement limités par un bord en arcades sans épaississement de l'épiderme à ce niveau.

L'éruption dans tous les cas observés a gagné par continuité la face dorsale des doigts et de la main, et souvent la face antérieure du poignet; dans ces régions, le caractère psoriasique de l'affection s'accuse davantage; les placards y ont une tendance à prendre la disposition circinée ou gyroïde. Un ou plusieurs ongles sont d'ordinaire striés ou ponctués. Il n'y a aucun trouble notable de la sensibilité.

La durée du mal est extrêmement prolongée et peut s'étendre sur de nombreuses années sans qu'on constate d'envahissement du reste du corps; dans un cas l'autre main fut prise au bout de quatre ans.

Cette variété de psoriasis est particulièrement rebelle au traitement, mais elle est susceptible de guérir.

Le diagnostic ne peut pas s'appuyer sur la coïncidence d'éléments typiques en d'autres points, puisque ceux-ci font défaut, mais doit reposer sur les caractères de la lésion elle-même. Dans le psoriasis palmaire vrai, l'éruption est très rouge, les squames sont minces, les bords sont circinés, l'envahissement du poignet et du dos de la main est de règle, les ongles peuvent être altérés.

Comparons ces caractères à ceux des affections de même siège et plus ou moins analogues :

Les *dermites artificielles* sont croûteuses plutôt que squameuses, mal limitées, épargnent les ongles et leur guérison est facile.

Les *kératodermies* sont symétriques, sans rougeur et fortement kératosiques.

La *trichophytie* palmaire est caractérisée par sa collerette et ses vésicules.

La *dysidrose* à certains stades pourrait en imposer, mais la desquamation succède toujours à des poussées de vésicules.

Le *lichen palmaire* est peu connu sinon en coïncidence avec des éléments de lichen plan caractéristique au poignet.

Plus délicat est le diagnostic de l'eczéma et celui des syphilides palmaires.

L'eczéma est d'ordinaire moins rouge, recouvert de squames cornées plus épaisses, donne lieu régulièrement à des crevasses ou rhagades profondes; ses bords sont diffus, effacés, non pas nets et circinés; la face dorsale et le poignet peuvent être envahis mais alors

l'eczéma y prend ses caractères typiques ; les ongles sont souvent altérés sous une forme identique à celle du psoriasis. Habituellement l'éruption est symétrique. Il reste à prouver que l'eczéma palmaire puisse s'observer sans eczéma d'autres régions ou au moins en l'absence d'un état séborrhéique prononcé.

Les *syphilides palmaires*, avec lesquelles il importe surtout de ne pas confondre le psoriasis palmaire vrai, naissent sous forme de taches d'un rouge sombre, qui d'emblée sont rénitents au toucher, qui s'étendent par leur périphérie en s'exfoliant au centre et peuvent confluer en placards circinés. Leurs attributs les plus caractéristiques consistent dans l'infiltration du derme qui leur sert de base, et dans l'épaisseur de la bordure cornée et parfois fissurée qui les cerne en dessinant des cercles ou des arcades ; on peut ajouter qu'elles n'ont aucune tendance à gagner le poignet ni surtout la face dorsale de la main et des doigts, sauf le cas d'éruption papulo-squameuse généralisée ; les ongles enfin ne sont pas ponctués et striés.

On voit donc qu'il est possible de diagnostiquer les diverses éruptions qui longtemps ont été confondues sous le nom de *psoriasis palmaire* et de reconnaître parmi elles un *psoriasis palmaire vrai*, ce qui est essentiel au point de vue du pronostic et du traitement.

M. BACQ. — Nous devons, ce me semble, remercier bien sincèrement M. le Dr Darier d'avoir eu le courage d'aborder l'étude des éruptions psoriasiformes palmaires et plantaires et d'avoir provoqué une discussion sur ce sujet. Je le considère pour ma part comme tellement ardu que j'ai depuis plus de trois ans, dans mes cartons, un mémoire sur les éruptions de la paume des mains et de la plante des pieds que je n'ai pas encore osé publier, tant la difficulté de la question me paraît excessive. J'espère que la communication de M. Darier sera le point de départ d'études approfondies qui contribueront à dissiper toutes ces obscurités.

Le diagnostic de ce que nous appelons encore les psoriasis palmaires et plantaires me paraît être, en effet, fort souvent impossible. Certes, quand les lésions sont unilatérales, nous avons l'habitude de soupçonner la syphilis dite tertiaire ; mais des lésions non syphilitiques peuvent fort bien être unilatérales. Je me suis imposé comme une règle absolue pour ma part dans les cas douteux d'examiner toujours la cavité buccale du sujet : quand c'est un homme, et qu'il a eu la syphilis, il y a dans ces cas presque toujours quelque lésion de syphilome en nappe plus ou moins accentuée, plus ou moins diffus vers les bords de la langue, vers son extrémité, et cela surtout chez ceux qui fument. Une simple leucoplasie dans ces cas est un indice, je dis un indice, mais non une certitude, puisque la leucoplasie buccale peut se développer chez des sujets qui n'ont jamais eu la syphilis : il est constant toutefois que cette affection y prédispose singulièrement.

Mais tous les sujets qui ont des syphilides psoriasiformes palmaires et plantaires n'ont pas des lésions de la cavité buccale, et les femmes en particulier n'en ont que bien rarement. Les difficultés du diagnostic sont alors bien souvent insurmontables.

M. le Dr Darier donne comme caractères distinctifs fort importants que le psoriasis vrai de la paume de la main a une coloration d'un rouge vif, et qu'il gagne fréquemment la face dorsale des mains. Je viens d'observer à ma polyclinique de La Rochefoucauld, une femme dont l'histoire est à cet égard des plus intéressantes. Elle est venue nous consulter pour une lésion psoriasiforme circonscrite, un peu crevassée sur les bords, nettement arrêtée dans ses contours, d'un rouge des plus vifs, bien plus rouge que les lésions des malades de M. Darier. Cette lésion avait envahi toute la partie externe de la paume de la main, l'éminence thénar et la face dorsale de la main jusqu'au troisième métacarpien. En présence de cet aspect qui me paraissait bien net comme psoriasis, et surtout de plaques circonscrites, peu ou point infiltrées, également fort rouges, et psoriasiformes de l'avant-bras du même côté que cette femme présentait, je crus pouvoir porter le diagnostic de psoriasis vrai, diagnostic qui était également celui de mon chef de clinique, du Dr Veillon. A peine l'avais-je formulé qu'un des assistants me fit remarquer que le mari de cette femme présentait au front des lésions circonscrites d'aspect douteux, et, à l'avant-bras une syphilide tuberculo-squameuse circonscrite des plus nettes. Je m'étais donc trompé en m'appuyant pour poser mon diagnostic sur les caractères objectifs que M. Darier regarde comme pathognomoniques.

M. Darier croit que dans les syphilides palmaires il y a toujours de l'infiltration par opposition au psoriasis vrai qui n'en présente point. Je puis affirmer que j'ai observé et guéri par la médication antisypilitique interne seule des lésions de la paume des mains qui ne présentaient pas la moindre infiltration à l'œil ou au toucher : elles paraissaient être absolument superficielles.

Je crois donc qu'il y a quelques réserves à établir sur tous ces points.

Par contre, j'estime qu'il y a un moyen détourné d'arriver assez facilement au diagnostic dans la plupart de ces cas douteux : c'est de faire des injections d'épreuve avec le calomel. Nous savons que ce procédé thérapeutique est fort souvent d'une efficacité presque magique dans les syphilides psoriasiformes palmaires et plantaires rebelles. Si une ou deux injections de calomel font disparaître l'éruption ou en changent tout au moins la physionomie, je crois que le diagnostic sera définitivement posé. Ce moyen thérapeutique sera-t-il toujours infaillible ? Je ne le pense pas pour ma part. D'après certains cas que j'ai longuement observés, cas que j'appelle hybrides et dans lesquels il me semble que les lésions spécifiques sont superposées à d'autres éruptions, je crois que parfois les injections de calomel pourront ne donner que des améliorations incomplètes et passagères : mais ce ne seront là que de fort rares exceptions, et ce procédé me paraît devoir être considéré comme ayant une très réelle valeur.

Il y a encore une autre face de la question sur laquelle je demanderai à M. Darier de nous donner son avis, avis qui nous sera extrêmement précieux vu sa compétence toute spéciale. Je voudrais savoir si l'histologie ne peut pas nous fournir dans ces cas douteux des renseignements précis. D'après Unna il serait extrêmement facile de distinguer histologiquement des lésions syphilitiques vraies dans lesquelles les plasmazellen dominent des lésions psoriasiques vraies dans lesquelles ces éléments font défaut. M. Darier a-t-il vérifié l'exactitude de cette assertion ?

En terminant je ne saurais trop répéter combien nous devons remercier notre cher collègue de son initiative et de son excellent travail qui, malgré les quelques réserves peu importantes que je viens de formuler, restera le très intéressant point de départ de cette nouvelle série d'études.

M. DARIER. — Je n'ai pas encore d'opinion sur ce dernier point que j'étudie en ce moment.

Je crois qu'il était utile, en vue de tracer un tableau diagnostique, d'insister sur les symptômes les plus caractéristiques qui m'avaient frappé dans mes observations ; mais j'admets qu'il y a des cas moins nets du tableau symptomatique.

Je rappelle que la leucoplasie simple peut s'observer chez des fumeurs non syphilitiques.

Quant à la valeur de l'épreuve thérapeutique, je signale que j'ai vu des psoriasiques blanchir à la suite d'injections mercurielles.

M. MOREL-LAVALLÉE. — Le psoriasis palmaire, à son début, peut être très peu rouge.

J'ai vu parfois les syphilides plantaires s'étendre à la face dorsale du pied.

C'est l'oxyde jaune et non le calomel qui agit dans le psoriasis. Pour trancher le diagnostic de syphilome, deux ou trois injections de calomel sont nécessaires.

M. MOTY. — Le traitement par l'iodure de potassium à haute dose peut blanchir le psoriasis.

M. BROcq. — La disparition de lésions syphilitiques psoriasiformes après l'injection de calomel est excessivement rapide. J'admet ce que dit M. Darier de la leucoplasie non syphilitique, mais la moindre tendance à un processus cicatriciel, la moindre ulcération dans les lésions de la bouche me font porter le diagnostic : syphilis.

M. VÉRITÉ. — A propos de la discussion actuelle, je me rappelle que Bazin parlait volontiers de la transformation des syphilides en psoriasis.

M. BESNIER. — Existe-t-il dans les syphilides des mains des lésions inguéales semblables à celles qui sont si caractéristiques dans le psoriasis ? Ce point n'a pas été abordé.

M. MOREL-LAVALLÉE. — Je possède un fait de coïncidence de ces lésions des ongles et de syphilis.

M. FEULARD. — Les remarques formulées par M. Brocq, notamment en ce qui concerne l'efficacité *rapide* (car si les injections mercurielles agissent heureusement sur le psoriasis, ce que certains faits paraissent démontrer, ce n'est qu'après plusieurs injections, six ou sept au minimum) de l'injection de calomel dans le traitement des syphilides palmaires et plantaires m'incitent à vous faire part des résultats que je voulais communiquer à la dernière séance de la discussion générale sur les injections mercurielles, ce que je n'ai pu faire, étant absent.

M. le professeur Fournier a indiqué alors quelques-unes des manifestations syphilitiques qui étaient, d'après lui, justiciables particulièrement

des injections de calomel et rapidement améliorées par elles. Je crois qu'il en est peu d'aussi remarquablement impressionnées que les syphilides palmaires et plantaires; et cette rapidité d'action, qui, comme on vient de le dire, sert merveilleusement le diagnostic, frappe d'autant plus que ces lésions sont ordinairement très tenaces et rebelles aux traitements habituels.

Voici quelques-uns des faits que j'ai observés récemment :

Obs. I. — M. X..., âgé de 33 ans, a contracté la syphilis à 22 ans; il a été soigné régulièrement pendant quatre années tantôt par M. Horteloup, tantôt par M. Fournier; il présente sur la *paume gauche* une syphilide psoriasiforme type, qui dure depuis sept ou huit ans, dit-il, et résiste aux traitements qu'il a faits, il a pris jusqu'à 6 gr. d'iode par jour pendant un mois; c'est un homme fort, un peu obèse, né de parents goutteux, mais bien portant lui-même. Je lui fais une première injection de calomel de 0,05 centigr. le 23 septembre 1895, une seconde le 2 octobre, une troisième le 21 octobre, une quatrième le 18 novembre. L'amélioration est manifeste après la première injection; la lésion est absolument guérie après la seconde; les deux autres injections ont été faites pour assurer la guérison. Je n'ai pas revu le malade depuis novembre. (*La syphilide palmaire datait de sept ans.*)

Ce malade, qui avait des aphtes continuels dans la bouche (car très fréquente est la coïncidence des lésions palmaires et des lésions buccales) les voit disparaître complètement après la deuxième injection, malgré qu'il ait beaucoup fumé, *exprès* me dit-il. C'était un malade un peu découragé et incrédule qui fut absolument stupéfait du résultat.

Obs. II. — Fille, 35 ans, employée de l'infirmerie de Saint-Lazare; syphilis contractée à 22 ans, dans son métier de prostituée; traitée pendant six mois au début depuis aucun traitement.

A la troisième année, apparition à la main *gauche* de syphilides psoriasiformes qui depuis ont duré presque sans interruption; à différentes reprises elle a mis de l'emplâtre de Vigo et une fois l'éruption est restée guérie pendant un mois, actuellement elle occupe toute la paume; 4 injections de 5 centigr. chaque, les 28 septembre, 3 octobre, 12 octobre, 22 octobre 1895; amélioration remarquable après la première, injection, guérison après la troisième. (*La syphilide palmaire datait de dix ans.*)

Obs. III. — Une dame, âgée de 32 ans, syphilis contractée conjugalement à l'âge de 20 ans, soignée régulièrement pendant six mois par Ricord; depuis, à différentes périodes, traitements iodurés irréguliers; il y a trois ans, apparition à la paume *droite* d'une syphilide psoriasiforme qui, depuis, a grandi régulièrement; actuellement l'éruption occupe toute l'éminence thénar, une partie du pouce et dépasse un peu la ligne médiane de la paume; la peau est sèche avec soulèvements épidermiques et deux rhagades profondes douloureuses; sa nature a été méconnue et elle a été prise pour de l'eczéma. M. Besnier qui voit la malade et établit le diagnostic exact veut bien me l'adresser. 1^{re} injection de 0,05 le 5 mars 1896; trois jours après, la malade ne trouve plus aucune gêne douloureuse dans les mouvements de la main, les rhagades se cicatrisent immédiatement; 2^e injection le 16 mars, l'éruption est absolument guérie; 3^e injection complémentaire le 26 mars. (*La syphilide palmaire datait de trois ans.*)

Dans ce cas l'action médicamenteuse tient vraiment du prodige; comme le disait tout à l'heure M. Brocq, c'est magique.

La dernière observation est à divers points de vue plus intéressante encore.

Obs. IV. — M. X..., actuellement âgé de 41 ans, a contracté la syphilis à 23 ans en 1888; il a été régulièrement traité pendant les premières années; en 1886, apparition à la plante du pied gauche d'une éruption psoriasiforme qui peu à peu envahit toute la plante; je le vois pour la première fois en 1890; M. X... est un sujet manifestement arthritique, l'éruption occupe toute la plante du pied, elle est excessivement cornée. Je soumetts M. X... à diverses médications spécifiques; il fait une cure de frictions dans une station thermale sulfureuse en 1891 et une seconde en 1893; dans l'intervalle et après avoir été vu par MM. Besnier, Fournier, Brocq, il fait plusieurs cures iodurées à haute doses. Tous les topiques, caoutchouc, bains de sublimé, pommades pyrogalliques, chrysophaniques, au turbith, au calomel, etc., sont tour à tour employés; l'éruption est à peine modifiée.

Deux fois, en avril 1894 et en janvier 1895, l'éruption s'améliore spontanément et remarquablement à l'occasion de séjours de quelques jours dans le lit pour cause de grippe; mais reparait d'ailleurs dès que le malade reprend ses occupations.

En mai 1895 (voilà d'ailleurs trois mois, que, découragés nous ne faisons plus rien); le pied est plus mal que jamais; sur le bord interne l'éruption s'avance et déborde en festons rouge brun. Pendant l'été de 1896 le malade fait avec succès une cure à Vichy pour des troubles gastro-intestinaux.

Il répugne à reprendre aucune médication dans la crainte de rendre de nouveau son estomac malade.

Sur mes vives instances M. X... se décide enfin à se laisser faire des injections de calomel: la première est faite le 27 février 1896; 5 centigrammes dans la fesse gauche et est suivie d'une amélioration surprenante; une seconde est faite le 13 mars; après elle l'éruption disparaît presque entièrement; depuis, le malade redoutant la douleur et la gêne, je fais six injections d'huile biiodurée; la syphilide est entièrement disparue malgré que le malade n'ait pas cessé de marcher un seul jour; les productions cornées elles-mêmes semblent entrer en régression; la peau a absolument sa teinte normale. (*La syphilide plantaire datait de dix ans.*)

Je crois que, dans ce dernier cas, on pouvait penser à une de ces éruptions hybrides, mélanges de syphilis et d'arthritisme que M. Brocq rappelait tout à l'heure et que Bazin avait indiquées. A l'occasion justement de ce malade j'avais fait quelques recherches sur ce point et, dans les *Leçons sur les affections cutanées de nature arthritique et dartreuse*, 2^e édition, p. 504 (obs. XLI), j'ai trouvé une observation fort intéressante et qui rappelle à divers titres celle de mon malade; seulement Bazin fait des manifestations plantaires de son malade un *eczéma plantaire* de même qu'il fait des lésions buccales qu'il relate un *psoriasis buccal*: nous rectifierions maintenant l'observation en disant *leucoplasie linguale* et *syphilide psoriasiforme*.

Là encore on trouve associées les lésions de la langue et des pieds; j'ajoute d'ailleurs, que mon dernier malade avait aussi comme le premier de l'observation I des poussées récidivant incessamment d'érosions buccales.

De tout ceci il importe seulement de retenir pour le cas présent l'efficacité vraiment merveilleuse et surtout étonnamment rapide de l'injection de calomel sur les syphilides psoriasiformes palmaire et plantaire; je crois que nous avons ainsi un moyen de diagnostic qui, en présence des difficultés cliniques qu'on relatait tout à l'heure, mérite d'occuper la première place.

Note sur l'ulcère annamite et son traitement.

Par M. MOTY.

J'ai l'honneur de présenter à la Société l'ensemble des observations de plaies annamites ou ulcère tropical que j'ai recueillies au Tonkin en 1886-1887.

On peut résumer comme il suit les caractères de cette affection : ulcère unique ou multiple à marche acyclique se localisant de préférence aux membres surtout aux membres inférieurs ; et indépendant de toute maladie générale appréciable.

La plaie annamite existe au Tonkin comme en Cochinchine et en Annam. — D'après mes observations, c'est au mois d'août qu'elle est la plus fréquente et les anciennes plaies incomplètement guéries éprouvent souvent à cette époque une aggravation manifeste ; cependant elle peut débiter en toutes saisons ; on note seulement que pendant la saison sèche, novembre à mars, l'évolution de l'ulcère est moins aiguë.

Comme l'ont remarqué depuis longtemps tous les observateurs (Jourdeuil. *Recueil de mémoires de méd. militaire*, t. 22, p. 389) la plaie annamite débute ordinairement sur une écorchure ou une pustule de cause quelconque sur laquelle elle semble s'inoculer accidentellement par défaut de propreté. Cette opinion est d'autant plus fondée que le siège le plus ordinaire de cet ulcère est aux membres inférieurs et à leur partie externe ; sur 30 observations, je l'ai rencontrée une seule fois aux membres supérieurs (plaies annamites multiples à l'avant-bras droit ; jamais à la tête ni au tronc.

Il est cependant un fait remarquable, c'est qu'on voit rarement, jamais peut-être, une grande plaie se compliquer d'ulcère tropical — aucun des nombreux coups de feu, aucune des plaies opératoires que j'ai pu suivre n'en ont été atteintes et il y a sous ce rapport analogie complète entre la plaie annamite et le clou de Biskra.

Sur 30 observations, onze fois les malades attribuent à une plaie ou à une ampoule produite par la chaussure la cause de leur lésion, treize fois ils ne peuvent lui assigner aucune cause, six fois ils accusent une pustule, un bouton ou une piqure de moustique ; mais leurs allégations sont à cet égard sujettes à caution, la pustule initiale étant sans doute la manifestation primitive de l'infection et les piqures de moustiques ne produisant d'ailleurs jamais de plaies annamites à la face où elles sont cependant si communes. Les Européens sont atteints à peu près dans la même proportion que les indigènes, mais peut-être un peu plus souvent.

En résumé la plaie annamite débute habituellement sur une plaie septique, au su ou à l'insu des malades.

L'influence de l'eau comme élément de contamination est assez

acceptable, car dans la saison chaude on marche presque constamment dans l'eau et les personnes qui sortent peu prennent souvent des bains frais avec l'eau des fleuves ou des mares.

Comme l'a rappelé notre collègue M. Barthélemy à la séance de Janvier, à l'occasion de la présentation de MM. Gaucher et Tournant, des recherches ont été entreprises par Petit (*Archives de méd. navale*, 1877) pour arriver à déterminer l'agent pathogène de la plaie annamite. — Ainsi que Ledantec (*Arch. méd. navale*, 1885, p. 448) et Boinet (*Arch. de dermatologie*, mars-avril 1890) il est arrivé à cette conclusion que cet agent est bactérien et probablement double ; en effet, les auteurs cités plus haut s'accordent à reconnaître que l'on trouve dans la sérosité des plaies et dans le sang des vaisseaux voisins un bacille et un microcoque constamment associés, cultivables et inoculables aux animaux.

Je n'ai pas eu l'occasion de vérifier ces recherches, mais j'ai saisi celle qui s'est un jour présentée de faire sur moi-même une tentative d'inoculation. Un officier du corps expéditionnaire fut atteint de plaies ulcéreuses multiples de l'avant-bras droit ; il était d'ailleurs en très bonne santé : ces plaies offraient les caractères les plus nets des plaies annamites, de plus elles étaient très vivaces et vierges de tout traitement en dehors des lotions boriquées, je pris ma lancette et je m'inoculai à trois reprises à l'avant-bras gauche en prenant toutes les précautions possibles pour que la sérosité pathologique vint réellement en contact avec mon réseau de Malpighi.

Il y eut un peu de rougeur locale les jours suivants puis tout disparut, sans traitement, cela va sans dire.

Cette inoculation était faite à Hanoï, dans le climat même de l'affection ; son insuccès tend donc à confirmer l'opinion émise plus haut que l'agent ou les agents spécifiques de la plaie annamite ne se développent que sur une plaie préalablement infectée par une bactérie banale.

SYMPTÔMES. CARACTÈRES. — Les malades atteints de plaie annamite au début éprouvent une sensation de cuisson ou de démangeaison suivant la gravité du mal, puis quand l'ulcère s'établit il peut se produire une véritable poussée phlegmoneuse avec lymphite, douleur vive et fièvre. Quand l'ulcère passe à l'état chronique sans complications la douleur est à peu près nulle au repos.

Les caractères de l'ulcère sont d'ailleurs les suivants :

Forme aiguë. — Ulcération à bords irréguliers, de dimensions illimitées de forme circulaire ou ovalaire ; les bords de l'ulcère légèrement relevés, taillés à pic et décollés sont entourés d'une rougeur cutanée assez vive s'effaçant peu à peu au fur et à mesure que l'on s'éloigne de l'ulcère, on peut voir naître sur cette zone ou sur un point assez éloigné, surtout dans la direction centripète, une petite pustule secondaire ; le bord lui-même faiblement induré est bleuâtre dans sa

partie épidermique et recouvert du côté de l'ulcère par une couche pulpeuse blanchâtre plus ou moins épaisse. Le suintement séro-purulent est assez abondant et d'autant plus clair que la plaie est plus bénigne.

L'œdème périphérique est très accusé dans les plaies graves et enflammées, il manque tout à fait dans les plaies bénignes, c'est principalement dans la saison chaude que l'on observe les formes très aiguës ou le retour de plaies anciennes à l'état aigu : à cette époque de l'année la peau surmenée par les sueurs continuelles de l'été, présente une grande irritabilité.

Forme chronique. — Dans cette forme la rougeur périphérique fait à peu près défaut ainsi que le suintement séro-purulent, il n'y a pas d'œdème mais les bords plus durs, moins décollés, et blanchâtres dans leur portion épidermique quand on enlève le pansement qui les recouvre, ces bords, dis-je, sont plus réguliers que dans la forme aiguë et l'ulcère se rapproche de plus en plus du type ulcère calleux.

Dans aucune des formes je n'ai observé de lésion des ganglions lymphatiques bien nette, mais ces derniers deviennent quelquefois douloureux à la suite des cautérisations des ulcères.

Marche. — La marche de la plaie annamite est extrêmement variable. Abandonnée à elle-même, sa durée paraît indéfinie ; elle traverse toutes les saisons de l'année sans disparaître, montrant seulement une tendance à rétrocéder pendant la saison sèche, au Tonkin du moins. La forme aiguë ou plutôt l'état aigu des plaies annamites dure en général une quinzaine de jours tout au plus parce que la douleur oblige les malades au repos mais cet état aigu est susceptible de reparaitre par suite de fatigue, changement de saison, etc.

À l'état aigu la plaie annamite tend à s'accroître en étendue et à produire à distance des foyers secondaires qui examinés à la loupe se présentent sous la forme d'une petite croûte jaune reposant sur un fond rouge œdémateux ; sous la croûte est une escharre qui s'agrandit et tombe en laissant derrière elle une ulcération qui tend à passer à l'état chronique.

Si par suite des circonstances les malades ne peuvent prendre de repos, le mal s'accroît en surface et en profondeur et peut aller brusquement jusqu'à la gangrène surtout si la constitution du malade est épuisée ; nous avons vu succomber en quarante-huit heures à Lang-Son un tirailleur indigène entré à l'hôpital pour plaie annamite du tiers inférieur de la jambe droite à forme gangréneuse humide progressive. Dans des cas moins malheureux on voit les os de la jambe atteints d'ostéite et de nécrose consécutive plus ou moins étendues. Sur les trente observations mentionnées on a noté, avant mon arrivée à Hanoï, quatre cas de ce genre. Une résection de 20 centimètres du péroné et trois évidements ou ablations de séquestres du tibia ont dû être pratiqués et j'ai pu constater moi-même deux cas d'exfoliation des tendons extenseurs des orteils.

Quand la plaie annamite à l'état aigu est bien traitée, elle guérit avec rapidité si elle est petite et se déterge de même quand elle est étendue; le temps nécessaire à la guérison varie donc avec les dimensions de l'ulcère. Il est à remarquer que la cicatrisation ne se fait jamais par ilots et part toujours des bords de la plaie, on voit alors les bourgeons charnus de bonne nature se mettre à niveau avec les téguments voisins avant la formation de la cicatrice. Les cicatrices sont brunes et quelquefois noires comme si la bactérie pathogène ou l'une d'elles seulement était en même temps chromogène (1).

Les *récidives* sont fréquentes et le malade n'en est à l'abri que quand la cicatrisation est absolument complète ce qui montre que l'auto-vaccination n'existe pas pour la plaie annamite.

Le *diagnostic* de la plaie annamite est habituellement facile. Chez l'indigène la syphilis ne touche que la bouche et l'anus; elle est presque toujours bénigne, à forme torpide et respecte le tissu osseux; ses manifestations gommeuses sont d'ailleurs beaucoup plus dures que les plaies annamites et en cas de doute l'iodure de potassium auquel il est très sensible jugerait la question. Il en est à peu près de même chez l'Européen résidant en Indo-Chine, les caractères des plaies annamites sont en général assez nets pour être immédiatement reconnus.

Il serait cependant à souhaiter que la présence des micro-organismes de Petit, Ledantec et Boinet fut assez constante pour constituer un signe pathognomonique, ce moyen servirait surtout à distinguer de la plaie annamite certains cas d'ecthyma qui viennent compliquer l'herpès circiné si commun dans le pays pendant la saison chaude et qui produisent quelquefois de petites escharres semblables à celles des plaies annamites bénignes; peut-être il y a-t-il en effet complication de plaie annamite chez ces malades.

Le chancre phagédénique ressemble beaucoup à la plaie annamite, mais il siège rarement vers les malléoles, il est auto-inoculable surtout au voisinage du pubis quand il n'est pas trop ancien, enfin il s'étend moins en profondeur qu'une plaie annamite de mêmes dimensions.

Il existe en Indo-Chine, comme dans les autres régions tropicales d'ailleurs, un certain nombre d'affections voisines de la plaie annamite mais qui prêtent peu à confusion et qu'il suffit de mentionner en passant.

1° *Le clou de sang* se présente en groupe plus ou moins étendu; chaque clou renferme un pus sanguinolent. S'il s'ouvre spontanément il s'ulcère peu; en incisant prématurément et en examinant le contenu du foyer au microscope on y trouve un bouquet de filaments sinueux,

(1) Les cicatrices des plaies compliquées sont moins colorées comme si l'action de l'élément chromogène disparaissait longtemps avant la cicatrisation.

brillants, ramifiés et à extrémité libres mousses et arrondis ; plus tard on ne remarque plus rien de spécial.

2° *L'herpès circiné*, très fréquent pendant la saison chaude, donne quelquefois naissance à des pustules d'ecthyma et sert peut-être quelquefois de porte d'entrée à la plaie annamite ; il cède rapidement aux applications d'acide salicylique au 10° dans l'alcool, et s'il y a réellement un début de plaie annamite le mal n'évolue pas.

3° *Furoncles à cicatrice noire* dont j'ai recueilli plusieurs exemples. Je ne puis dire s'il faut les considérer comme des formes abortives de plaie annamite ou comme une entité distincte, quoi qu'il en soit je ne les ai vus donner que de petites escharres sèches non suivies d'ulcération.

4° *Le scorbut* se reconnaît à ses caractères généraux mais il serait sans doute impossible de distinguer la plaie annamite chez un scorbutique avéré surtout si elle siègeait aux malléoles ; Dans ce cas les données bactériologiques seraient peut être le meilleur moyen de préciser le diagnostic.

Complications. — Les complications des plaies annamites sont fréquentes, nous avons vu qu'elles peuvent déterminer des poussées phlegmoneuses, des lésions tendineuses, osseuses et articulaires ; elles peuvent en un mot se compliquer d'une foule d'infections et se comportent à ce point de vue comme la plupart des plaies septiques, mais je désire seulement appeler l'attention sur deux de ces complications.

La gangrène dans les formes aiguës et la névrite dans les formes chroniques.

J'ai déjà dit combien la gangrène pouvait être grave et rapidement mortelle chez les malades cachectiques souvent atteints d'autres affections graves comme l'impaludisme, la dysenterie, le scorbut, je n'insisterai donc pas davantage. La névrite est au contraire intéressante parce qu'elle est souvent méconnue et qu'elle suffit à dérouter tous les efforts de la thérapeutique.

Jourdeuil avait déjà remarqué que « l'anesthésie ne se rencontrait que dans les cas dont l'invasion remontait déjà à plusieurs mois », il avait aussi noté des faits de récides, en France, après cicatrisation. D'après nos observations la névrite est presque constante dans les plaies annamites datant de plus de trois mois, ce qui rend leur marche ultérieure irrégulière et la plupart du temps fort lente. C'est dans cette catégorie que rentrent les observations de Jourdeuil qui observait à Toulon d'anciennes plaies rebelles sur des malades rapatriés de Cochinchine. La première question à résoudre en face d'une plaie annamite ancienne est donc de savoir si elle se complique oui ou non d'un degré de névrite appréciable, si oui le pronostic et le traitement devront être modifiés en conséquence.

Traitement. — Nous avons dit que la marche des plaies annamites est indéfinie ; elles guérissent rarement sans traitement. Il y a lieu

d'ailleurs d'envisager à part le traitement de celles qui sont compliquées ; voici le résultat de nos observations à ce sujet.

Plaies annamites non compliquées. — Ces plaies cèdent d'ordinaire rapidement aux antiseptiques puissants ; j'ai vu employer la solution concentrée d'acide phénique (acide phénique, eau aa), l'iodeforme, le thermocautère, etc., et tous ces moyens peuvent réussir.

Cependant en étudiant comparativement l'action des différents antiseptiques, je me suis arrêté au traitement suivant : à l'entrée ; baignade de la partie malade dans l'eau à + 45° légèrement phéniquée, ensuite pansement à la gaze imbibée de solution de sublimé au 300^e recouverte d'une feuille de tissu imperméable. Le pansement est renouvelé tous les deux jours. Dans les cas favorables la guérison s'obtient en huit à quinze jours et j'ai vu se cicatriser ainsi en moins d'une semaine une plaie annamite simple datant d'un an.

Si l'ulcère est large on le panse avec des bandelettes de Vigo quand il est détergé et l'on se contente de visiter la plaie tous les huit jours.

Si l'ulcère ne se déterge pas, il est probable qu'il y a complication ; on peut cependant tenter encore le procédé suivant que j'ai vu réussir très bien sur quelques cas : pansement à la poudre de calomel recouverte d'une petite pièce de gaze imbibée de liqueur de Labarraque et d'un imperméable.

Plaies annamites compliquées. — Si ce dernier moyen ne réussit pas il y a certainement une complication qui met au second plan l'ulcère annamite promptement dit. En effet quand la complication consiste dans un séquestre osseux l'ablation du séquestre amène une marche rapide vers la cicatrisation, ce qui montre bien que la lésion n'a plus rien de spécifique.

En cas d'exfoliation tendineuse ou aponévrotique, le curettage et le thermocautère rendent aussi de bons services, mais quand il existe une névrite bien établie tout échoue et l'on voit la plaie nettoyée par un curettage et presque détergée au pansement suivant reprendre ensuite en vingt-quatre heures l'aspect nécrotique qu'elle avait primitivement. On sait combien varie la marche des névrites, c'est pour cela qu'il faut être très réservé dans le pronostic de ces cas.

L'un de mes malades est ainsi resté en traitement pendant près d'un an pour une plaie annamite du dos du pied qui était au bout de ce temps en moins bon état qu'à l'entrée. L'indication capitale consiste alors dans le traitement de la névrite : vésicatoires successifs remontant le long du membre, iodure de potassium à dose croissante à l'intérieur et pansement rare à la vaseline boriquée, etc.

Je n'ai pas employé ce traitement chez mon malade parce que je n'avais pas à cette époque une notion nette des névrites et je crains qu'il n'ait dû se résigner dans la suite à l'amputation ; mais je suis aujourd'hui convaincu qu'en m'adressant au véritable élément morbide j'aurais pu modifier complètement la situation.

Je crois inutile d'insister plus longtemps sur le traitement de cette complication que je tenais surtout à bien mettre elle-même en lumière à cause de sa fréquence mais qu'il serait hors de propos d'étudier en détail ici.

Elle n'a rien de spécial à la plaie annamite non plus que les autres complications mentionnées plus haut ni le délabrement de la constitution si commun malheureusement à la suite des campagnes dans les régions tropicales.

Les traitements accessoires prennent souvent alors un rôle prépondérant et l'expérience des médecins coloniaux leur permet seule de juger la situation dans son ensemble et d'appliquer à propos les ressources thérapeutiques dont ils peuvent disposer.

Érythème multiforme et néphrite aiguë par surmenage et toxi-infection.

Par le Dr SABRAZÈS.

Il est des éruptions qui portent avec elles le diagnostic de leur cause et dont un œil exercé ne saurait méconnaître la nature ; il en est d'autres qui ont simplement la valeur d'un syndrome dont l'apparition peut être subordonnée à de nombreux facteurs. Ce second groupe tend de plus en plus à empiéter sur le premier ; à la conception ancienne de spécificité des dermatoses se substitue l'idée de banalité des lésions. Le purpura, par exemple, considéré autrefois comme une entité morbide n'est plus envisagé que comme une manifestation cutanée symptomatique d'affection disparate. C'est ainsi également que les érythèmes ne sont pas au point de vue nosologique des maladies mais le reflet sur la peau et sur les muqueuses de causes morbifiques bien différentes les unes des autres.

L'étude de ces syndromes cutanés et particulièrement de celui que représente l'érythème multiforme ou polymorphe a singulièrement bénéficié des progrès de la médecine expérimentale. On avait tout d'abord pensé qu'il était d'essence rhumatismale ; on s'aperçut ensuite qu'il évoluait parfois comme une infection générale à manifestations cutanées ; on le vit, de plus, succéder à l'ingestion de substances médicamenteuses, sels de mercure, antipyrine, iodoforme, etc., survenir à l'occasion d'intoxications alimentaires, de l'injection des sérums antitoxiques, accompagner ou précéder des maladies infectieuses telles que la dothiéntérie, être l'aboutissant de réflexes à point de départ urétral, utérin, apparaître au cours d'auto-intoxication et d'auto-infection, etc.

Le fait que nous apportons ici a trait à cette dernière catégorie d'observations ; il s'agit d'un érythème multiforme par surmenage et

toxi-infection, il servira peut-être à l'histoire des érythèmes infectieux et de la pathologie du surmenage.

Pierre L..., âgé de 62 ans, exerce la profession de manœuvre sur les quais de Bordeaux. Il entre à la salle 15 de l'hôpital Saint-André, le 23 mars 1896, se plaignant d'avoir la fièvre et présentant une éruption généralisée.

On ne trouve rien de notable dans ses antécédents héréditaires ; pas de dermatoses chez ses ascendants.

Dans son passé on relève une dothiéntérie à 17 ans, une variole bénigne à 27. Pas de blennorrhagie. A 40 ans, il aurait eu trois chancres volants qui n'ont été suivis d'aucun accident suspect. Sa femme est bien portante, elle n'a jamais fait de fausses couches. Ses trois enfants n'ont pas eu de maladies cutanées. Le malade, sans être alcoolique, boit assez souvent de l'eau-de-vie à jeun et du vin dans l'intervalle des repas ; quoiqu'il fût un métier très pénible il se portait tout à fait bien, et n'avait jamais eu auparavant, en dehors de la variole, la moindre lésion du côté de la peau.

L'affection actuelle est de date toute récente.

Depuis le 12 jusqu'au 27 mars, cet homme a travaillé à bord d'un navire. Il faisait des journées pénibles de dix heures, et tandis que ses camarades se relayaient pour prendre du repos et ne résistaient à la fatigue que pendant cinq jours au maximum, il a pu, lui, rester sur la brèche pendant dix jours consécutifs. Employé à décharger des bateaux, il actionnait un treuil servant à faire remonter des profondeurs de la cale une cargaison de salpêtre. Ses mains ne subissaient nullement le contact de ce sel qui n'était pas d'avantage éparpillé accidentellement et qui ne dégagait aucune odeur désagréable. Il était sur le pont, la tête et le corps bien protégés par ses vêtements contre un soleil assez vif ; ses pieds étaient chaussés.

Le jeudi 19 mars, il se sentait très fatigué, il avait de la lassitude dans les poignets et dans les genoux, c'est-à-dire dans les jointures qui forçaient le plus. Le vendredi soir, il existait sur les deux poignets une rougeur diffuse à peine marquée qui fut attribuée à l'action du soleil.

Le samedi 21, le malade rentre chez lui exténué, n'en pouvant plus. Il mangea sans appétit, se coucha à sept heures et dormit très peu. Il se leva le dimanche matin 22 mars, à 11 heures, tout courbaturé, accusant une fatigue générale sans aucun autre phénomène morbide.

A trois heures du soir, il est pris d'une sensation de froid dans la région dorso-lombaire, de frissons, de claquement des dents. En même temps apparaît sur tout le corps une éruption de taches rouges, ne démangeant pas, coïncidant avec une double conjonctivite, de la céphalalgie, de la diarrhée, de la faiblesse dans les membres. Il se couche et cet accès de fièvre se termine par des sueurs extrêmement abondantes. Les jointures n'étaient pas douloureuses ; il n'avait pas mal à la gorge, ne toussait pas.

Il ne souffrait que de la région lombaire.

L'éruption a envahi d'abord les avant-bras, les mains, les malléoles sous la forme d'élevures rouges devenues ultérieurement bulleuses. Elle s'est ensuite généralisée dans un laps de temps de huit à dix heures.

Le lundi 23 mars, la fièvre était moins violente, l'éruption couvrait tout le corps, le malade est admis dans le service de M. le professeur Picot que j'avais l'honneur de remplacer.

État, le 4 mars 1896. — L... est un homme grand et fort, paraissant bien constitué. Sa face est rouge, ses paupières sont œdématisées et closes par suite de photophobie due à une double conjonctivite aiguë. Il répond très nettement aux questions qu'on lui pose.

Sa langue est blanche, épaisse, saburrale au centre, rouge à la pointe et sur les bords.

La peau est chaude, sans sudation exagérée.

Le pouls est plein, égal, régulier et bat quatre-vingt-seize fois à la minute.

La respiration est tranquille.

La région épigastrique est animée de trémulation par propagation des mouvements du cœur.

On ne constate pas de soubresauts des tendons.

Les mains sont instables dans l'attitude du serment.

La température axillaire s'élève à 39°,8.

On est frappé par la présence d'une éruption généralisée. Elle est surtout marquée dans la région cervicale, sur le thorax et l'abdomen, au niveau des aisselles, des poignets, des cous-de-pied, sur le scrotum et les plis inguino-cruraux; moins accusée sur les bras, les cuisses, elle manque à la paume des mains et à la plante des pieds, à la surface des orteils et des doigts, sur le cuir chevelu.

Cette éruption est constituée en grande partie par des élevures de la grandeur d'une pièce de vingt à cinquante centimes dont la proéminence centrale n'est bien appréciable qu'au toucher; leur teinte varie du rouge vermeil au rose violacé; elle s'efface à la pression. Ces élevures arrondies ou ovalaires ont des contours mal arrêtés dont la couleur se fond avec celle de la peau normale. Les lésions, de consistance pâteuse et un peu élastique, indolentes spontanément et à la pression, deviennent cohérentes ou confluentes sur les parties les plus atteintes. Elles forment alors des bandelettes à contours irrégulièrement découpés, non sinueux, entre lesquels sont compris des intervalles non moins irréguliers de peau saine. Nulle part les éléments éruptifs ne sont disposés en placards réguliers ni en cocarde. Sur les épaules ils sont particulièrement violacés, saillants, noueux sans présenter jamais l'aspect d'une plaque urticarienne.

Sur la poitrine, ce sont plutôt des élevures plates, disséminées, se terminant au point central le plus culminant par une pustule miliaire remplie d'un pus blanc jaunâtre laiteux; ces pustules sont généralement au niveau d'un orifice de glande sudoripare, elles ne sont pas centrées par un poil. Ces pustulettes surabondent autour du cou, elles forment une sorte de piqueté blanc à la surface des élevures érythémateuses qui confluent en nappe et ont pour substratum un œdème diffus de toute cette région.

Le haut du cou, les oreilles, le bas des joues présentent des lésions de dermatite eczématiforme sans prurit: l'épiderme est macéré, décollé par une sérosité louche qui se concrète dans les plis sous forme de croûtes gris jaunâtre ou de grains d'aspect cérumineux.

Sur le front, le nez, les pommettes on ne trouve qu'un semis discret de

macules saillantes. A la lisière de la nuque l'éruption empiète un peu sur le cuir chevelu qui est croûteux.

Depuis le premier jour de la maladie il existe de la bouffissure des paupières. Les conjonctives sont rouges, injectées, chémotiques; elles sécrètent du pus en petite quantité qui se dessèche sur les cils et dans l'angle interne. La cornée droite est légèrement infiltrée à la périphérie. La photophobie est très accusée.

Mais si l'érythème affecte dans les régions sus-décrites la forme d'élévures rouges, plus ou moins saillantes et confluentes, il présente en d'autres points des caractères objectivement différents.

Sur les poignets, sur la face dorsale des mains jusqu'aux articulations métacarpo-phalangiennes l'affection remonte également au 22 mars. Elle a été précédée par une rougeur diffuse d'érythème solaire et professionnel sur lequel ont apparu des flots violacés, saillants qui ont vite conflué. A leur surface se sont développés des bulles extrêmement étendues, à contours irréguliers, bulles flasques, isolées, du volume d'une noisette à une grosse noix, contenant un liquide citrin que nous aspirons à la pipette. Autour de ces bulles principales sont agglomérées des bulles plus petites ou de grosses vésicules; en se juxtaposant elles n'ont aucune tendance à former des figures régulières.

A la périphérie des placards bulleux, la peau est rouge, infiltrée. Les régions rétro-malléolaires sont occupées par des bulles plus ou moins volumineuses sur un fond érythémateux.

Les pieds sont épargnés, surtout au niveau de la plante qui est tout à fait indemne.

Le scrotum est parsemé de soulèvements bulleux flasques recouvrant une surface rouge et suintante.

• Cette éruption polymorphe ne s'accompagne d'aucun prurit; elle n'a nulle part l'aspect urticarien. L'éclosion s'est faite en une seule longue poussée qui a duré une demi-journée environ. Elle n'a été provoquée ni par l'ingestion de quelque aliment irritant ou avarié, ni par la prise d'un médicament quelconque.

En examinant les divers appareils on note l'absence de catarrhe nasal et laryngo-trachéal. On n'observe aucune rougeur sur les amygdales, ni sur le voile du palais.

Du côté du poumon on trouve des signes de bronchite légère et de congestion des bases.

La pointe du cœur bat dans le cinquième espace intercostal, à 2 centim. en dehors de la ligne mamelonnaire; battements épigastriques; soulèvement systolique sus-sternal et sus-claviculaire droit. Le rythme du cœur est régulier; les battements sont sourds mais sans bruits de souffle; bruit de galop à la pointe.

L'estomac est un peu dilaté, indolore à la pression.

Le foie ne déborde pas les fausses côtes; pas d'ictère.

La rate mesure 8 centim. et demi en hauteur.

La région lombaire est douloureuse profondément. La miction se fait sans difficulté; il n'existe pas de ténésme. La quantité des urines émises pendant vingt-quatre heures est considérablement diminuée; leur couleur est jaune foncé; elles sont très troubles.

Les membres sont fatigués. Pas d'œdème ni de douleur périarticulaire ; pas de craquements, ni de liquide épanché dans les articulations.

Rien à noter du côté du système nerveux, pas de céphalalgie.

Le régime du malade est celui de l'hôpital (soupe, viande et légumes).

Les urines ont été recueillies régulièrement toutes les vingt-quatre heures dans un bocal contenant 2 ou 3 centim. cubes de formol.

24 mars. Quantité.....	600 centim. cubes.
Urée.....	22 gr. par litre.
Albumine.....	1 „
Sucre.....	néant.

Ces urines très foncées en couleurs fournissent un dépôt abondant après la centrifugation ; ce dépôt contient un nombre considérable de cylindres granuleux épithéliaux, des cylindres hyalins, quelques globules rouges et quelques leucocytes.

1 centimètre cube de sang est puisé aseptiquement dans une veine du pli du coude etensemencé sur les milieux usuels : il est resté stérile.

Une goutte de sang récoltée sur la pulpe digitale sert à la numération des globules :

Globules rouges.....	4.386.500 par millim. cube.
— blancs.....	25.363 —

Pas de poikilocytose, de globules géants, de globules rouges à noyau. On compte 75 p. 100 leucocytes du type polynucléaire et à noyau découpé ; 17 p. 100 du type mononucléaire ; 2 p. 100 lymphocytes ; 6 p. 100 cellules éosinophiles.

La sérosité des bulles est très albumineuse. On y trouve quelques globules rouges et des cellules éosinophiles en nombre considérable (93 p. 100, des lymphocytes (6 p. 100). Température axillaire 39°,8.

Le 25 mars. L'éruption a pâli ; elle prend sur le thorax, l'abdomen, les cuisses, les bras une teinte brique. Sur les poignets les bulles persistent. Le scrotum est suintant, la verge œdémateuse. Constipation.

Température : matin, 38°,6 ; soir, 38°,8.

Urines. Quantité.....	600 centim. cubes.
Urée.....	21 gr. par litre.
Albumine.....	1 gr. 50. —

L'examen du sang recueilli sur la pulpe d'un doigt dans des conditions d'antisepsie minutieuse montre la présence de bacilles très nombreux, arrondis aux deux bouts, prenant le Gram, se colorant plus fortement aux extrémités, légèrement capsulés.

Dans les urines recueillies avec pureté suivant le procédé de Duclaux et centrifugées sur le champ on retrouve ces mêmes bacilles en plus grand nombre ; leur mise en culture n'a donné que des staphylocoques blancs. On trouve en outre dans ces urines des amas de cylindres granuleux épithéliaux.

Traitement : un purgatif salin, 0,80 centigr. de caféine, régime lacté absolu (3 litres par jour).

Le 26. L'éruption s'efface, ne fait plus aucune saillie appréciable au doigt, les bulles sont flétries. L'infiltration œdémateuse des bosses persiste.

Pouls : 75 pulsations par minute.

Température : matin, 37°,6; soir 38°,4.

Urines. Quantité.....	1.300 centim. cubes.
Urée.....	26 gr. par litre.
Chlorures.....	7 gr. 50 —
Phosphates.....	0 gr. 40 —
Albumine.....	1 gr. 50 —

Ces urines sont très foncées; le dépôt abondant obtenu par centrifugation contient des cylindres épithéliaux en grand nombre. Même traitement.

Le 27. L'amélioration continue. La température a fait retour à la normale et ne s'élève plus au delà de 37°,4. Il s'est produit une crise urinaire.

Quantité.....	3.100 centim. cubes.
Urée.....	8 gr. par litre.
Albumine.....	0 gr. —

Le cœur est moins dilaté; on perçoit encore un bruit de galop.

Les plaques ont pâli considérablement. La région du cou desquame abondamment. La conjonctivite persiste, mais la sécrétion purulente a cédé à un collyre du nitrate d'argent et aux lavages boriqués.

On donne un purgatif salin.

Le 28. La température reste normale. État général excellent.

Urines. Quantité.....	2.600 centim. cubes.
Urée.....	10 gr. par litre.
Albumine.....	1 gr. —

Le 29. Urines. Quantité.....	3.000 centim. cubes.
Urée.....	7 gr. par litre.
Albumine.....	1 gr. —

L'éruption n'est plus représentée que par des macules bistrées. Sur les poignets et les cous-de-pied sont d'énormes placards croûteux. Sur le cou la desquamation continue. La congestion pulmonaire, le bruit de galop ont disparu. Les fonctions digestives sont normales.

Le 31. L'amélioration s'accentue. La température est tout à fait normale. La quantité des urines des vingt-quatre heures est de 3,100 grammes.

1 ^{er} avril. Urines. Quantité.....	2.600 centim. cubes.
Urée.....	10 gr. par litre.
Chlorures.....	2 gr. 20 —
Phosphates.....	0 gr. 282 —
Albumine.....	0 gr. 20 —

Sa couleur est d'un jaune ambré; le dépôt est presque nul.

Le malade est en voie de guérison. Sur le tronc, les bras, les cuisses, les jambes, l'éruption ne se traduit plus que par des macules faiblement pigmentées, d'un brun pâle, sans contours précis, ne desquamant généralement pas. Ces macules sont ovalaires, de la grandeur d'un haricot à une amende, elles pâlisent sans disparaître lorsqu'on les comprime; l'épiderme qui les recouvre est mince, foncé, parfois un peu déprimé et comme affaissé au centre.

Sur le cou, sur les oreilles, la rougeur est diffuse avec exagération des

plis de la peau, surabondance de squames blanches et d'épaisses croûtes jaunâtres qui s'accumulent dans la concavité du pavillon et sur les lobules. Les squames sont minces, larges et s'enlèvent facilement, entraînant des lambeaux d'épiderme.

Sur les coudes l'épiderme est craquelé et desquame largement, mettant à nu un tégument vivement rosé.

Sur l'avant-bras, le poignet, la face dorsale des mains, les genoux, à la surface de la peau qui est rouge vif tout autour, sont des stratifications de croûtes au-dessous desquelles se cache une sérosité purulente qui s'est substituée au contenu primitivement clair et citrin des bulles. Ces placards de croûtes cohérentes sont le siège de douleur, de cuisson, mais non de prurit; leurs contenus sont irrégulièrement découpés en carte de géographie; ils ont la largeur d'une pièce de 5 francs et au-dessus et limitent des intervalles de peau très rouge.

Dans les régions rétro-calcanéennes et derrière le tendon d'Achille se sont accumulées des croûtes noirâtres, épaisses de 2 à 3 millim. formant de véritables écailles, leur ablation met à nu une surface exulcérée et sanguinolente.

Le scrotum desquame en larges lamelles sèches disséminées. La photographie, la rougeur conjonctivale sont moins marquées. La cornée est maintenant en bon état.

Le 2. L'affection a pâli davantage. Autour de l'ombilic, à la surface des taches pigmentées juxtaposées, l'épiderme est sec et vidé. On le décolle sans peine en enlevant des lambeaux très étendus; au-dessus est un tissu de nouvelle formation mince et lustré, de teinte rosée.

Urines. Quantité.....	4.000 c.c.
Urée.....	10 gr.
Albumine.....	20 centigr.

Le 4. Le malade se considère comme guéri. Il accuse de la faiblesse générale et demande à manger.

L'éruption a disparu. C'est à peine s'il reste sur le tronc et l'abdomen des macules un peu brunâtres, chamois clair, recouvertes d'un épiderme plus ou moins flétri qui s'enlève çà et là, rappelant une pellicule de collodion qui se détache. Les croûtes tombent aussi et laissent à nu un tégument violacé (surtout sur les avant-bras) au niveau duquel les poils persistent et tiennent bon, sauf cependant dans les parties exulcérées où ces poils s'arrachent sans difficulté.

Dans les régions rétro-malléolaires, du voisinage des lésions croûteuses, on détache de grands lambeaux d'épiderme mince rappelant une pelure d'oignon et représentant comme un moule de la région.

La desquamation est le plus accentuée sur le cou, les aisselles, les plis inguino-cruraux, l'ombilic, le creux épigastrique, les genoux, les régions malléolaires, la face dorsale de la main et de l'extrémité métacarpienne des phalanges, le poignet où l'on détache des lambeaux d'épiderme qui ne mesurent pas moins de 12 centim. de long sur 8 centim. de large.

La paume des mains et la plante des pieds, les oreilles et la plus grande partie des doigts sont épargnés.

Sur le tronc, les bras, les cuisses, beaucoup parmi les élevures primitives échappent à cette desquamation massive.

La langue, rouge sur les bords, est pâteuse au centre où les papilles sont ramollies, desquamées et s'enlèvent par le simple frottement.

On prescrit des laitages.

Le 5. L'appétit est vorace. Le retour à l'état normal se précipite.

Urines.	Quantité.....	3.250 c. c.
	Urée.....	10 gr. par litre
	Albumine.....	Traces.

Après centrifugation le dépôt est presque nul; on n'y trouve plus que quelques très rares cylindres épithéliaux.

De l'urine recueillie aseptiquement et décantée à l'appareil centrifuge sur le champ, montre encore quelques bacilles identiques à ceux déjà décrits.

Le 6. Le malade peut être considéré comme guéri.

La desquamation, active au niveau des foyers anciennement bulleux, se fait par larges plaques et met à nu une surface rosée recouverte par un épiderme de nouvelle formation mince et luisant.

La conjonctivite est très améliorée.

La quantité des urines des vingt-quatre heures est de 2,500; c. c. il n'existe plus que des traces d'albumine.

La numération des globules sanguins donne :

Globules rouges.....	3.760.500
— blancs.....	10.330
Leucocytes polynucléaires et à noyau découpé...	78 p. 100
— mononucléaires.....	12 p. 100
Lymphocytes.....	8 p. 100
Éosinophiles.....	1 p. 100

Le malade a perdu 6 kil. 570 de son poids, qui était de 74 kil. 750, depuis le début de sa maladie,

On lui prescrit de l'arsenic, du fer et du quinquina.

Le 7. Le malade, soumis au régime ordinaire (soupe, viande, vin), a uriné 1,500 gr. d'urine qui contiennent 15 gr. d'urée par litre.

L'éruption observée chez ce malade appartient à la classe des érythèmes multiformes. Elle formait des élevures violacées plus ou moins confluentes, non prurigineuses, empâtées et noueuses dans la région du cou et des épaules, des macules rouges, saillantes, piquées de pustulettes sur le thorax et l'abdomen, d'énormes bulles flasques et irrégulières sur les poignets et les cous-de-pied. Les muqueuses conjonctivales ont été intéressées dès le début.

L'éclosion s'est faite en une demi-journée. Les lésions ont apparu le 22 mars et le 25 du même mois, elles étaient déjà en voie de rétrocession; le 5 avril il n'en restait plus que des taches un peu bistrées et des lambeaux de desquamation épidermique dans les régions primitivement bulleuses.

La durée très éphémère des lésions, leur indolence, l'absence de prurit, leur évolution aiguë ne permettent pas de penser à une première manifestation de dermatite herpétiforme de Dühring. Sans doute les

bulles contenaient un très grand nombre de cellules éosinophiles, mais leur présence dans les lésions pathologiques ne nous paraît pas comporter une grande importance diagnostique ; on en trouve en très grande abondance dans des cas dissemblables, dans le tissu des leucémiques par exemple, dans l'expectoration des asthmatiques, dans les polypes du nez, dans les coupes d'estomac atteints de gastrite hyperpeptique ! Si nous en avons rencontré beaucoup dans les bulles de la maladie de Dühring nous en avons vu en aussi grande proportion dans des vésicules de dysidrose.

Objectivement il s'agissait donc d'un érythème multiforme ou polymorphe. Quelle était sa nature ?

Les commémoratifs éliminaient absolument l'origine médicamenteuse ou alimentaire de cette éruption.

Le rhumatisme articulaire aigu n'était pas en cause ; la malade n'a jamais eu de manifestations articulaires.

Les autres maladies infectieuses bien définies telles que la fièvre typhoïde, qui se complique parfois d'érythèmes, ne pouvaient être mises en question.

La coïncidence d'une néphrite épithéliale aiguë suffirait-elle pour justifier l'étiquette d'éruption brightique ? Nous ne le croyons pas.

Il est évident que quiconque lira notre observation ne pourra se défendre de penser qu'il s'est agi d'une auto-intoxication et d'une toxi-infection.

Voilà un homme qui pendant plus d'une semaine, sans désespérer, a fait une besogne tellement pénible que les autres ouvriers étaient obligés, dès le cinquième jour, de prendre du repos. Il rentre chez lui littéralement brisé de fatigue, est pris de frissons violents et c'est au cours d'une poussée fébrile qu'apparaît son éruption, laquelle se généralise en quelques heures. En même temps la quantité des urines baisse ; on y trouve de l'albumine et des cylindres épithéliaux en extrême abondance. Dans le sang, on note une hyperleucocytose et on constate la présence d'un bacille prenant le Gram qu'on retrouve dans les urines recueillies aseptiquement. La température axillaire s'élève à 39°,8, oscille entre 37° et 38° et son retour à la normale coïncide avec l'atténuation de l'érythème et avec une crise polyurique. La maladie affecte une allure cyclique et prend fin au bout de quinze jours, ayant entraîné une déperdition de poids de 6 kil. 570 et une perte d'un million d'hématies.

N'est-ce pas la réalisation sur l'homme de l'expérience qui consiste à surmener, à forcer un animal ? On crée dans ces conditions, non seulement une hypertoxicité des humeurs, mais encore une septicémie aiguë, les microbes des cavités naturelles, comme l'intestin, passant dans la circulation.

Certes le revêtement cutané de cet homme ne présentait pas une susceptibilité éruptive particulière ; jamais antérieurement il n'avait

eu de dermatose en dehors d'une variole très bénigne qui remonte à son adolescence. Mais chez lui ont été réalisées au maximum, dans un court laps de temps, les causes dont la résultante a provoqué l'explosion de l'érythème.

On nous pardonnera de schématiser de la façon suivante la filiation des accidents :

Le surmenage physique, dû à un labeur trop longtemps prolongé suivi de courbature musculaire, de lassitude, d'un état de fatigue extrême, a entraîné des modifications humorales et provoqué l'apparition d'une septicémie aiguë révélée par l'examen du sang. Le rein a été doublement lésé dans ses épithéliums, et par le contact des produits toxiques résultant d'un surmenage effréné de l'organisme et par la toxi-infection consécutive ; l'oligurie, l'albuminurie, la présence de cylindres granuleux et de bactéries en sont le témoignage irrécusable.

L'hypertoxicité des humeurs jointe au processus infectieux, l'insuffisance de l'émonction rénale ont suscité, par l'intermédiaire des nerfs vaso-moteurs, dans la circulation périphérique, des troubles vasculaires congestifs et exsudatifs qui sont le substratum anatomique de l'érythème multiforme.

Il est intéressant de montrer en terminant — ce qui concorde avec les données pathogéniques — avec quelle rapidité la guérison est survenue sous l'influence du simple régime lacté associé aux purgatifs salins.

Un point de technique de l'épilation électrolytique.

Par M. W. DUBREUILH.

On sait qu'après une épilation électrolytique il y a toujours un certain nombre de poils qui repoussent et qu'il faut opérer une seconde fois. Les échecs partiels tiennent soit à des fautes opératoires sur lesquelles je ne veux pas insister ici après ce qu'en ont dit Brocq, Bergonié, etc., soit à des conditions anatomiques particulières.

Lorsqu'un poil est arrivé au terme de sa croissance, sa papille s'atrophie, son bulbe creux se transforme en un bouton globuleux ovoïde, dur et corné et il est graduellement repoussé par la rétraction du follicule jusqu'au voisinage de l'orifice où il reste jusqu'à ce qu'il soit chassé par le poil de remplacement ; quelquefois même on trouve encore le poil ancien alors que le nouveau a déjà fait son apparition.

Ce poil à bulbe plein ne s'allonge plus, il est superficiel et ne s'enfonce guère à plus d'un millimètre de la surface ; il n'en est pas moins très solidement implanté et il est souvent plus difficile à arracher qu'un poil vivant, car il est fixé par la kératinisation des gaines épithéliales.

Lorsqu'on cherche à électrolyser un tel poil on éprouve une grande difficulté à pénétrer ou l'on ne pénètre que peu profondément, beaucoup moins que dans les follicules voisins ; après le passage du courant pendant le temps qu'on juge suffisant, le poil ne s'arrache pas avec la même facilité que les poils vivants, parce que les gaines kératinisées n'ont pas été liquéfiées aussi complètement que les gaines encore molles des poils vivants. Quelquefois l'aiguille s'enfonce assez profondément, surtout après la fermeture du courant, mais on sent bien qu'elle est plongée dans le derme et non dans un follicule, car elle peut s'enfoncer indéfiniment sans rencontrer de résistance.

Dans les deux cas le poil de remplacement et la papille de nouvelle formation échappent à la cautérisation ; on a électrolysé un poil mort et le poil de remplacement apparaît à son heure sans avoir été influencé par une opération inutile.

Il y a donc tout avantage à ne pas perdre son temps sur les poils à bulbe plein. On peut les reconnaître dans une certaine mesure à ce que leur racine est moins colorée et plus mince que l'extrémité, mais ce caractère est infidèle car il peut se manifester longtemps avant que l'atrophie de la papille soit complète ; un seul signe est certain, c'est l'accroissement qui n'appartient qu'au poil à bulbe creux et cesse dès que la papille est atrophiée.

Voici dès lors comment je procède : une ou deux semaines avant de commencer l'épilation d'une région, je fais couper tous les poils à quelques millimètres de longueur. J'électrolyse uniquement ceux qui ont grandi et qui sont sûrement vivants. Quant à ceux qui n'ont pas grandi, je sais qu'ils sont morts et je me borne à les arracher à la pince pour débayer le terrain. Quelques semaines après apparaît à leur place un jeune poil à extrémité conique que j'opère dans des conditions particulièrement avantageuses, car chacun sait qu'un poil est d'autant plus facile à détruire par l'électrolyse qu'il est plus jeune.

Ce procédé, que je ne crois pas avoir vu signalé, peut diminuer notablement le pourcentage des repousses en évitant un travail inutile.

Polynévrite diffuse dans la période secondaire de la syphilis.

Par MM. SPILLMANN et G. ÉTIENNE.

OBSERVATION. — Le nommé Paul Loew..., âgé de 22 ans, garçon boucher, entre le 28 novembre 1895 à la clinique médicale.

Antécédents héréditaires. — Nous ne relevons aucun antécédent nerveux pathologique. La mère serait morte hydropique à l'âge de 39 ans ; le père est mort à 37 ans ; les frères et les sœurs sont tous dans de bonnes conditions de santé.

Antécédents personnels. — N'a jamais eu de maladies antérieures, sauf deux blennorrhagies bénignes.

Il y a dix mois, il a contracté deux chancres indurés ayant persisté pendant environ deux mois, l'un siégeant au niveau du fourreau, l'autre sur le prépuce ; le premier a laissé comme trace une petite tache rouge de la largeur d'une pièce de 1 franc. En même temps, il aurait eu un écoulement blennorrhagique.

A ce moment, il a été traité par dix injections de peptonates mercuriques pratiquées tous les deux jours ; il y a deux mois, il a pris quinze pilules de proto-iodure à raison de deux par jour, et quelques cuillerées d'un sirop faiblement ioduré.

Les premiers accidents secondaires cutanés ont été bénins, mais le malade a été en proie à une asthénie intense, pouvant à peine se tenir debout ; céphalée et vertiges,

Il y a deux mois, nouvelle éruption cutanée ; l'alopecie a débuté il y a un mois.

Depuis six ou sept mois déjà, le malade se plaint de douleurs vagues, peu violentes, dans les jambes, et les membres auraient diminué de volume. Ces phénomènes se sont brusquement exagérés ces jours derniers, le malade dut s'aliter, et il entre à l'hôpital.

État actuel. — Sur toute la surface du tronc, des cuisses, et sur les parties latérales du cou, on constate la présence d'une roséole de retour, bien caractérisée, dont les taches, formant un très léger relief, sont en certains points nettement circonscrites, notamment au niveau du sixième espace intercostal. Cette éruption est très généralisée, et prend une coloration brune sur la place d'un vésicatoire posé, dans l'enfance, au-dessus du mamelon gauche.

Alopecie très marquée, en clairières sur les régions latérales, diffuse sur les autres parties du cuir chevelu. Chute des sourcils, de la moustache, de la barbe.

Quelques papules squameuses sur le cuir chevelu ; une papule érosive au niveau du gland ; syphilide papulo-érosive de la commissure labiale droite ; petite plaque muqueuse opaline sur le pilier postérieur du voile du palais.

Dans les aines on retrouve encore la pléiade ganglionnaire caractéristique, bilatérale,

Système nerveux. — L'attention est immédiatement attirée par l'atrophie très considérable des masses musculaires, qui sont absolument flasques.

CIRCONFÉRENCES				DROITE	GAUCHE
				centimètres	centimètres
A la jambe, au niveau de la partie inférieure.....				20	21
— — — moyenne.....				26	27
— — — supérieure.....				30	30
A la cuisse, à 8 centim. au-dessus de la rotule.....				31	32
— à 27 centim. — — —.....				39	43
A l'avant-bras, au niveau de la partie moyenne.....				21.5	20.2
— — — supérieure.....				24	22.5
Au bras, au niveau de la région moyenne.....				26	24

Au niveau du tronc, atrophie très considérable des muscles intercostaux et des masses dorso-lombaires.

Pieds bots en varus équin paralytiques très prononcés.

La *motilité* est profondément troublée. Aux membres inférieurs, la résistance aux mouvements passifs est très diminuée surtout du côté droit, la résistance à l'extension étant la mieux conservée. Le malade peut élever les pieds au-dessus du plan du lit, mais par saccades.

La flexion et l'extension des pieds sur les jambes sont totalement abolies.

Le malade est dans l'impossibilité absolue de marcher ; même avec l'aide de deux personnes, il s'affaisse sur ses jambes.

Aux membres supérieurs, la résistance aux mouvements passifs, presque abolie au niveau des poignets, est assez bien conservée aux bras et aux avant-bras. Le malade ne peut serrer dans ses mains, la pression étant presque totalement abolie du côté gauche ; il relève très difficilement les mains placées en flexion ; l'extension des doigts fléchis est impossible, la difficulté étant d'autant plus accusée qu'on s'éloigne de l'index pour aller vers le petit doigt ; le pouce est opposable à tous les autres doigts, excepté au petit doigt. Les mouvements de supination et de pronation sont possibles. Atrophie considérable des interosseux.

Le malade, étant dans le décubitus dorsal, ne peut s'asseoir sur son séant sans faire usage de ses bras comme points d'appui.

Pas de *mouvements musculaires idiopathiques*, spontanés ou provoqués.

La *sensibilité* à la piqure et au toucher est presque abolie au niveau du pied et de la jambe droite ; la sensibilité thermique est conservée.

Le malade n'éprouve aucune douleur spontanée ; la pression des muscles des mollets est très douloureuse.

Les *réflexes* des genoux sont abolis ; pas de phénomène du pied ; pas de réflexe du coude ni du poignet.

Les pupilles réagissent bien à la lumière et à l'accommodation.

Sphincters vésical et rectal fonctionnant normalement.

Pas de *réaction de dégénérescence*.

Rien à noter du côté des autres appareils, si ce n'est l'augmentation du volume de la *rate* et du *corps thyroïde*.

Dans les urines, on ne décèle pas de mercure.

Apyrexie.

Le 28 novembre, on pratiqua dans la fesse une injection de 1 c.c. de thymol acétate de mercure à 1/10 (10 centig. en suspension dans 1 c.c. d'huile de vaseline).

Le 30. La roséole a pâli.

Le 3 décembre. Les douleurs à la pression ont diminué ; le malade plie plus facilement les jambes.

Le 6. Amélioration notable ; le malade peut s'asseoir sur son lit, sans trop de difficulté. Au niveau des membres supérieurs, la paralysie des extenseurs a diminué ; le malade exécute facilement les mouvements d'extension et de flexion des avant-bras. Pas de changement notable aux membres inférieurs ; l'atrophie des muscles du mollet est peut-être plus marquée encore qu'au moment de l'entrée.

Lorsqu'on essaye de faire faire quelques pas au malade, soutenu sous les aisselles par deux infirmiers, on voit que par suite de la paralysie complète des extenseurs du pied, il trébuche dans ses orteils.

Le 14. L'état reste stationnaire aux membres inférieurs ; aux membres

supérieurs, la paralysie est moins complète, les mouvements des doigts s'exécutent plus facilement, sauf à l'annulaire et l'auriculaire,

Le 30. Amélioration notable. Le malade peut faire quelques pas sans le secours de personne ; cependant, du côté gauche, il trébuche encore dans ses orteils. État stationnaire du côté des mains.

Le 13 janvier 1896. Le malade marche encore un peu sur la pointe de ses orteils, mais il peut marcher seul avec des pantoufles à semelles de cuir maintenant les orteils en extension.

Le 26. Amélioration.

Le 29. Le malade marche assez bien, mais en steppant.

L'atrophie musculaire est en voie de réparation. C'est ainsi qu'au niveau des cuisses, par exemple, nous trouvons :

à 8 centim. au-dessus de la rotule, à droite	32,5,	à gauche	34.
à 27 — — — — —	45,5	—	46.

Le 14 février. Le malade ne traîne plus les jambes ; mais il lance le pied en avant ; du côté gauche, la pointe retombe encore en avant sur le sol.

Du côté gauche, le malade ne peut encore remuer les orteils ; leurs mouvements sont possibles à droite.

Le 21 mars. Tous les muscles sont revenus à l'état normal comme volume ; au dynamomètre, 90 à gauche, 100 à droite.

Le malade steppe encore en marchant ; tous les mouvements de bras, avant-bras, mains et doigts sont possibles.

Depuis le moment de son entrée, jusqu'au 14 février, le malade a reçu tous les huit jours une injection de 1 c. c. d'une mixture au 1/10 de thymol acétate de mercure.

Dans cette observation, deux diagnostics peuvent seuls se trouver en présence : *myélite* ou *névrite*. Dans le cas de myélite centrale, aiguë ou subaiguë, nous aurions des troubles sensitifs beaucoup plus considérables et les sphincters auraient été très rapidement intéressés ; dans le cas de myélite antérieure, nous ne verrions aucun trouble de sensibilité, objective ou subjective. Dans les deux cas, nous aurions eu paralysie totale, et non pas cette prédominance extrêmement marquée vers les extrémités périphériques, et l'évolution aurait été tout autre.

Reste donc la *polynévrite périphérique, forme motrice* de Leyden ; en effet, les phénomènes de paralysie et d'atrophie musculaire sont très prédominants ; il n'y a pas de douleurs spontanées, la pression des nerfs ou des muscles étant seule très douloureuse.

Le diagnostic étiologique est également simple à établir. Chez ce malade, nous ne relevons aucune autre maladie infectieuse aiguë ; aucune intoxication ne peut être invoquée, et en particulier il ne peut être question d'une de ces polynévrites par hydrargyrisme aigu sur lesquelles nous avons récemment attiré l'attention (1), ce malade n'ayant suivi qu'un traitement mercuriel absolument insignifiant, et

(1) SPILLMANN et ÉTIENNE. *Congrès de médecine de Bordeaux, 1896.*

les accidents s'étant au contraire très rapidement amendés sous l'empire d'un traitement énergique. Pas d'alcoolisme, pas de saturnisme : il ne présente d'ailleurs à un aucun degré le type de la névrite propre à ces diverses intoxications. Il n'a été exposé à aucune de ces causes occasionnelles, telles que le froid que plusieurs fois nous avons vu intervenir chez des malades prédisposés par une infection ou par le surmenage.

Il ne reste donc comme seule cause possible que la syphilis, d'autant plus facile à admettre que le malade se trouvait en pleine phase d'infection secondaire, généralisée ; que ces accidents ont coïncidé avec une poussée cutanée intense, avec une recrudescence dans la chute des cheveux, avec l'hypertrophie de la rate et du corps thyroïde.

Les observations de lésions essentielles du système nerveux périphérique dans la syphilis sont encore très rares. Habituellement, même dans les débuts de la vérole, ces névrites sont localisées : sciatique (Dubois), facial (Boix) ; dernièrement M. le professeur agrégé Gaucher a attiré l'attention sur les névrites secondaires précoces localisées à la zone du cubital. Chez notre malade, la polyneuropathie est bien plus diffuse puisqu'elle a atteint tous les muscles des membres inférieurs, ceux des régions dorso-lombaires, même les intercostaux, et la plupart de ceux des avant-bras.

Dans la littérature médicale, nous n'avons trouvé que deux cas analogues, attribués à une myélite, par Rodet et par Gallois, indépendamment d'une observation de Zambaco dans laquelle les accidents ayant débuté dans la sphère du cubital, se généralisèrent ensuite ; mais ici, il s'agissait d'une syphilis déjà ancienne.

Nous ne voulons pas insister ici sur cette question, au sujet de laquelle nous nous proposons de revenir.

Sur les folliculites lymphatiques du prépuce au cours de la blennorrhagie.

Par M. CH. AUDRY (de Toulouse)

Il y a deux ans, nous avons publié sur les folliculites blennorrhagiques chez l'homme un court travail qui reposait sur l'observation personnelle de 9 cas découverts parmi 350 malades. Depuis cette époque, le nombre de blennorrhagiques que j'ai examinés a plus que doublé, et le nombre des folliculites rencontrées dépasse assurément 20. Mais je n'ai rien à ajouter à ma description générale d'alors. Je désire seulement attirer l'attention sur une variété plus rare dont je ne puis citer qu'un exemple et que j'ai vue d'autres fois.

Dans l'immense majorité des cas, les lésions dont il était question frappent des follicules glandulaires endo ou exo-uréthraux, ou des

diverticules uréthraux, tous organes pourvus d'une muqueuse. Nous savions également par Patry et par Touton que les glandes de Tyson, les glandes sébacées pouvaient être envahies par le gonocoque. Toujours, il y avait suppuration d'épithélium.

Les faits que j'envisage sont différents : ce sont de petits accidents qui s'observent uniquement dans le sillon balano-préputial, ou sous le prépuce, très près de son insertion balanique. Dans les quatre cas, la lésion était située fort loin du frein, trois fois dans la partie dorsale, une fois à la partie inféro-externe. Trois fois elle était unique, une fois double. Toujours, il existait en même temps de l'urétrite blennorrhagique vulgaire, généralement de date assez récente et en pleine activité. Enfin, jamais je n'ai constaté de balanite concomitante.

La lésion est caractérisée par l'existence d'un petit nodule dont le volume varie d'une forte tête d'épingle à un petit haricot. Ce nodule est situé immédiatement au-dessous de la muqueuse, je veux dire de l'épiderme préputial ; il ne fait pourtant pas partie de celle-ci ; même s'il est volumineux, on peut faire glisser sur lui le relèvement épidermique dont il est du reste extrêmement rapproché. La consistance est dure, cartilagineuse, tout à fait comparable à celle d'un petit chancre syphilitique très sclérosé. On peut dire qu'il n'en diffère presque que par l'intégrité de la muqueuse, et je dois dire qu'autrefois j'eus la plus grande peine à poser le diagnostic exact. Cependant, l'épiderme est lisse, et tendu au-dessous du nodule, et je n'ai pas pu y voir de dépression centrale.

La petite tumeur en question est indolente.

Elle présente du reste un caractère tout particulier et qui permettra toujours d'en reconnaître la nature : elle semble se prolonger par un cordon rond, dur, qui donne exactement la consistance d'un macaroni non cuit. Ce cordon part du nodule auprès duquel il a son maximum de volume. Il se prolonge en diminuant sur une longueur de 3 ou 4 centim., pour se diriger vers le dos de la verge ; c'est évidemment un cordon de lymphite d'allure particulière, et qui ne se prolonge pas, mais s'atténue et disparaît. Lui aussi est très mobile et indolent.

Le tout persiste pendant plusieurs semaines, puis finit par s'effacer progressivement.

On ne peut douter qu'il s'agisse ici d'inflammation des follicules lymphatiques que Neumann a signalé d'abord dans le sillon sulco-coronal du chien et que Finger a retrouvé chez l'homme. L'infection a son point de départ dans ces follicules et se prolonge pendant quelques centimètres suivant les lymphatiques aboutissants auxquels elle procure des dimensions d'une consistance toute spéciale. L'association constante à une blennorrhagie franche permet de la rapporter à celle-ci et vraisemblablement au gonocoque, ce dernier point étant encore douteux.

Il reste à se demander si l'infection frappe d'emblée le follicule lymphatique, ou si ce dernier n'est pris que consécutivement à la lésion d'une glande de Tyson. Nous savons en effet que les follicules lymphatiques dont il est question ont avec ces glandes d'étroits rapports de voisinage. Rien dans l'examen macroscopique ne nous permet de l'affirmer. Je n'ai malheureusement pas pu pratiquer de biopsie. L'examen histologique seul pourra nous faire connaître la localisation initiale de cette petite complication qui se manifeste dans le système lymphatique balano-préputial, et qui ne doit pas être confondu avec les *folliculites glandulaires* que l'on rencontre habituellement.

Note sur la pratique des biopsies.

Par M. CH. AUDRY (de Toulouse).

Je désire attirer l'attention sur un petit point de pratique qui peut intéresser les dermatologistes susceptibles de pratiquer des biopsies plus ou moins fréquentes.

J'avais remarqué depuis assez longtemps que les petites plaies qui résultent de l'excision au bistouri et surtout aux ciseaux, de petits minces fragments de peau ne se réunissent souvent pas par première intention, alors même qu'elles restent absolument aseptiques. D'autre part, tout le monde sait combien il est pourtant facile d'obtenir la réunion immédiate des sections de la peau. Récemment, ayant extirpé un placard de tuberculose verruqueuse de la peau de la fesse, je trouvais 7 jours plus tard toute l'incision réunie dans toute sa longueur de 14 centimètres ; et sur l'autre fesse, un nodule lupique excisé d'un coup de ciseau avait laissé une petite plaie qui ne s'était pas encore accolée, bien que parfaitement aseptique. Enfin j'ai vu assez souvent que les biopsies laissent des cicatrices à tendance un peu chéloïdienne.

La raison en est que les incisions ne se font souvent pas assez profondément ; la surface des sections porte dans le derme ; or, il faut absolument pénétrer en plein tissu cellulaire sous-cutané. Enfin, il faut que les fils à suture passent au-dessous du fond même de la plaie, en d'autres termes, qu'ils pénètrent assez profondément pour ne pas apparaître dans tout leur parcours entre le point d'entrée et le point de sortie. En suivant cette manière de faire, et à condition bien entendu d'être chirurgicalement propre, on sera sûr d'obtenir constamment des réunions immédiates et irréprochables.

Note sur un cas de maladie de Paget (dermatite érosive du mamelon sur carcinose du sein).

Par M. CH. AUDRY (de Toulouse).

Voici une observation de maladie de Paget (du mamelon) qui est intéressante à divers points de vue, les circonstances nous ayant permis de l'examiner assez complètement au point de vue histologique.

X..., Agée de 27 ans, sans hérédité, porte un adénome du sein gauche gros comme une noix, depuis l'âge de 13 ans. Mariée en juin 1893; grossesse; accouchement en juin 1894 d'un enfant actuellement vivant et bien portant qu'elle a nourri, des deux seins pendant huit mois, puis du sein droit seulement pendant neuf autres mois. En mai 1894, la malade s'est aperçue de la présence de croûtes sur le mamelon gauche; ces croûtes sont tombées, en laissant une surface rouge et humide; on a vu que la malade a donné le sein pendant huit mois. Un médecin a fait des cautérisations au nitrate d'argent et prescrit des pommades. Il y a quelque temps, un bourgeon apparut sur l'aréole, à côté du mamelon; il fut enlevé par une ligature.

Il y a deux mois, réapparition de ce bourgeon; simultanément, la malade aperçoit au-dessous du mamelon une seconde tumeur indolente et dure. Elle entre à la Clinique de dermatologie et de syphiligraphie le 1^{er} mars 1896, dans l'état suivant :

État général excellent. Sein et mamelon droits normaux.

Sein gauche. — Toute l'aréole du mamelon présente une surface d'un rouge vif, brillant, humide, dont la forme circulaire représente exactement la surface et les contours de la totalité de l'aréole. Les bords sont très nets, sur la peau saine, non élevés; le fond est souple. Pas de douleurs, pas d'induration.

Aucune croûte, sécrétion modérée, non purulente. Le mamelon même, non rétracté, est refoulé par un bourgeon de forme et de volume assez semblable, gros comme un haricot, sessile, lisse, rouge, saignant, qui est la récidive de la petite tumeur enlevée par ligature.

Peau du sein normale, peut-être un peu vascularisée. Dans la glande, on trouve une première tumeur étalée sous le mamelon, dure, tendue, non douloureuse, d'un diamètre de 0,06 environ. Une seconde tumeur assez semblable, mais indépendante (l'adénome de la puberté) occupe la partie interne du sein. Toute la glande est grenue. Nombreux petits ganglions axillaires; un « ganglion » plus volumineux, sur la ligne axillaire.

L'excision et l'examen histologique d'un fragment de l'aréole et du bourgeon, affirmèrent le diagnostic la maladie de Paget et de carcinose.

M. le professeur Jeannel enleva le sein et cura l'aisselle. Guérison opératoire per primam et très rapide. La malade quitte le service entièrement rétablie le 26 mars.

Notons immédiatement les particularités du fait : d'abord l'âge du sujet, qui avait 24 ans quand la maladie a débuté, et qui, à 26, présente le carcinome terminal très développé; la brièveté de la période

eczémateuse; le rôle provocateur probable de la grossesse sur l'apparition de la maladie, de l'allaitement sur son développement et l'apparition du cancer; l'antécédent d'un adénome; l'apparition du petit bourgeon carcinomateux; enfin l'intégrité du sein droit.

Cliniquement, le diagnostic était gêné par ces particularités; mais les antécédents, l'unilatéralité, l'état de la malade, la souplesse de l'érosion, les lésions de la glande permettaient d'éliminer l'hypothèse de chancre syphilitique à laquelle un examen superficiel faisait songer. Cependant nous pensâmes à une dermatite vulgaire compliquée de mastite ascendante jusqu'à ce que l'examen histologique nous eût imposé le diagnostic de maladie de Paget et de carcinose de la mamelle.

Examen des pièces. — Macroscopiquement, la peau de l'aréole est indépendante (sauf au niveau du bourgeon) de la tumeur sous-mamelonnaire. Celle-ci offre la texture rosée, compacte, élastique, ferme, succulente d'un carcinome vulgaire de la pire espèce dont les limites sont peu nettes. La tumeur de la partie interne est au contraire tendue dans une capsule; à la coupe, elle est molle, semée de papules jaunâtres, puriformes, comme dégénérées. Même apparence à la section de la grosse masse ganglionnaire de la ligne axillaire qui, on le verra, est constituée par une mamelle accessoire et non par un ganglion lymphatique.

On a examiné au microscope la presque totalité de l'alvéole, le bourgeon exubérant et les trois tumeurs du sein. Une centaine de préparations colorées par le carmin aluné, le picro-carmin, le bleu polychrome et la fuchsine acide (1). Peu de lésions cutanées m'ont paru aussi difficiles à débrouiller à cause des altérations tout à fait singulières et complexes qu'on découvrait, et des variations qu'elles présentaient d'un point à un autre.

Épiderme de l'aréole. — Dans les régions où il est le moins malade, on note un allongement considérable des papilles qui sont séparées par des colonnes épithéliales minces et longues. Sa structure générale est à peu près normale; les filaments unitifs apparaissent bien et la kératinisation s'effectue régulièrement, un peu exagérée; cependant, les cellules feuilletées de la couche desquamante sont remplacées par des éléments moins aplatis, polygonaux et munis d'un noyau pauvre.

En d'autres points, l'épiderme est plutôt aminci; l'état papillomateux fait défaut. Ça et là au niveau du renflement interpapillaire, les cellules du corps muqueux prennent une disposition en tourbillon qui ressemble à un globe corné au début (altération déjà signalée par Duhring et Wils, et qui se trouve du reste dans beaucoup d'autres lésions de la peau).

Petit à petit, on voit apparaître dans les couches moyennes et profondes du corps muqueux, quelquefois en pleine couche génératrice, les figures

(1) Je dois faire remarquer que mes pièces ont été fixées par l'alcool absolu.

qui constituent les corps de Darier (1). A des degrés divers de développement, ils sont formés par une aire arrondie, oïde, réfringente, limitée par une membrane mince; cette membrane semble en contact plus intime avec les cellules avoisinantes qu'avec la substance même du corps en question. Je pense que cette apparence peut être due dans une certaine mesure à la rétraction causée par l'emploi de l'alcool absolu. Cette aire contient d'ordinaire une masse bien colorée par les réactifs, tantôt cette masse isolée de tout côtés, comme un grelot, semble formée par un gros bloc irrégulier de chromatine; tantôt on voit très bien qu'elle est constituée par un corps cellulaire complet: cette cellule comprend un vaste noyau clair, peu granuleux, entouré d'une mince couche de protoplasma. L'une des figures se présentait en karyokinèse de la manière la plus nette avec ces deux plaques équatoriales aux deux pôles. Je dois dire que je n'ai pas rencontré d'éléidine.

J'ai dit que les corps que nous décrivons et qu'on est bien autorisé à appeler *corps de Darier*, offrent leur plus beau développement dans les couches profondes du corps muqueux et dans la couche génératrice. Ils pénètrent, bien entendu, dans les colonnes interpapillaires. Ils sont de plus en plus nombreux et étendus suivant les régions; ils se fondent, se dilatent, et constituent de petites cavités dont le volume équivaut à celui de trois ou quatre cellules muqueuses. Dans l'aire de la figure dont les contours sont toujours nets et arrondis, on découvre des petites masses protoplasmiques informes où se retrouvent les débris de un ou plusieurs noyaux. Le contour même de la cavité est alors formé par la paroi des cellules adjacentes. Ces cellules, qui ont été des cellules malpighiennes, ont complètement perdu leur forme normale et leurs filaments; elles se recourbent et s'allongent, comme étouffées par la dilatation des petites cavités. A un degré avancé, toute la partie profonde de l'épithélium paraît morcelée, fenêtrée, ajourée, sans cohésion, ni consistance. Parfois tout le reste de l'épiderme s'est décollé de la vitrée où des débris de cellules représentent toujours les traces de la couche cylindrique.

Il est inutile d'ajouter que lorsque les corps de Darier sont constitués, les filaments unitifs ont complètement disparu. Cette disparition des moyens d'union des cellules muqueuses est même probablement la première manifestation de la lésion, car elle ne manque jamais dès que le processus commence à s'accuser. Au surplus, en certains points, sans qu'on puisse encore les considérer comme parvenues au stade que nous avons décrit, on constate que les cellules du corps muqueux présentent une énorme dilatation de l'espace hyalin périnucléaire, et un affaiblissement considérable de leurs moyens d'union.

En allant vers les plans superficiels de la peau, on voit souvent qu'ils sont relativement moins malades que les profonds; on retrouve encore des restes de disposition feuilletée, etc. Ailleurs, toutes les couches superficielles sont formées par de gros éléments ronds, pleins, bourrés de cornes, mal individualisés, colorés par les réactifs d'une manière peu élective.

Si on examine les cavités creusées dans l'épiderme à toutes les hauteurs, on voit que beaucoup présentent des débris de toute espèce.

(1) Je ne puis absolument pas accepter l'opinion d'A. Ruffer qui les considère « comme se trouvant souvent dans la peau de l'homme parfaitement sain ».

D'abord, ce sont de fines granulations amorphes, puis des débris de chromatine, ça et là des nucléoles qui semblent persister dans ces cadavres de noyau translucide à peine teinté. Enfin, on y note des micro-organismes. Ce sont généralement des diplocoques bien colorés par le bleu; d'autres fois, des bacilles ou même des figures bacillaires; quelques-unes sont en effet interrompues par un espace clair, d'autres semblent un peu articulées quoique courtes, de telle sorte qu'on peut se demander si ce ne sont pas simplement d'autres diplocoques. J'ai vu ces diplocoques à toutes hauteurs de l'épiderme, dans l'aire transparente du corps de Darier, dans la cellule même qui flotte au milieu de celle-ci. Je ne puis m'empêcher de croire que les micro-organismes doivent jouer un rôle dans le processus dégénératif singulier qui représente comme une digestion, une macération de l'épiderme.

Ça et là, dans cet épiderme plus ou moins complètement transformé, on trouve des cellules plus petites, à contours nets, à forme variable suivant leur localisation entre les cellules épithéliales, à noyau opaque, bien coloré, bien limité, et qui sont probablement des cellules lymphatiques; il est remarquable que ces cellules ne paraissent pas particulièrement nombreuses dans les pseudo-kystes; tout au contraire. C'est pourquoi il ne me paraît pas que le terme d'altération œdémateuse (de Unna) réponde bien à l'idée que l'on puisse faire de la nature de la lésion: c'est plutôt une *acantholyse autochtone*.

Dermis. — On retrouve sur quelques points l'infiltrat embryonnaire extrêmement intense et profond qui fait considérer cette lésion par Unna comme un type de plasmome; en effet les cellules offrent tous les caractères des cellules plasmatiques aussi caractérisées que possible. Ces infiltrats serrés, touffus, de cellules strictement colorées, à noyau granuleux, etc., sont assez bien limités et baignés par le tissu conjonctif ordinaire. Mais il n'y a aucune relation entre le degré des altérations épidermiques et le développement des plasmomes; celui-ci peut faire défaut au-dessus d'un épiderme absolument transformé; même, on est frappé du peu d'altération du derme à ce niveau; la diapédèse est à peine exagérée.

Nulle part, le tissu carcinomateux n'arrive au contact immédiat de la peau; il en est toujours séparé par une bande conjonctive plus ou moins mince: il en est ainsi même dans le point où l'épiderme diminue, s'affaiblit et disparaît progressivement au bord du bourgeon néoplasique qui est venu le surplomber.

Ça et là, quelques poils et des glandes sébacées normales. Rien à noter de particulier du côté des travées musculaires sous-aréolaires, si ce n'est qu'elles sont sur un plan plus profond que celui des altérations dermiques.

Bourgeon aréolaire. — Il est constitué par du carcinome de l'espèce la plus vulgaire et la plus caractéristique: boyaux de cellules épithéliales polymorphes morcelées dans un stroma fibreux très robuste, d'apparence tout à fait squirreuse. Nulle part, je n'ai pu voir de figure comparable à un corps de Darier.

Le carcinome même n'arrive pas au contact immédiat de l'extérieur; il est revêtu par une couche mince de tissu, la néoformation récente, riche en cellules (lymphocytes, etc.), pauvre en substances conjonctives où courent

quelques vaisseaux sanguins dilatés et en voie d'oblitération. Sur les bords, s'avance un prolongement aminci d'épiderme où les désordres caractéristiques de l'altération cutanée sont très peu développés.

Tumeur sous-mamelonnaire. — Un carcinome vulgaire d'un type semblable à celui du bourgeon qui en émane vraisemblablement. Pas de corps de Darier.

Tumeur axillaire. — Elle est constituée par des culs-de-sac glanduliformes énormes baignés dans du tissu conjonctif normal. Ces culs-de-sac sont limités par une bandelette enkystée (propre ou résultant de la condensation conjonctive ?) sur laquelle s'implantent des cellules irrégulières, allongées, granuleuses, sans cohésion, comme remplies par un noyau très coloré. Le centre du cul-de-sac est occupé par un deliquium cellulaire plus ou moins abondant, plus ou moins ajouré, de telle sorte que l'aspect microscopique ne fait que reproduire l'apparence caséiforme et dégénérée offerte par l'examen microscopique de la pièce.

Ainsi, nous avons retrouvé les lésions signalées par tous les auteurs, Butlin, Duhring et Wils, Darier, Wickham, Unna, Hutchinson (junior), etc. Elles nous permettent d'abord, croyons-nous, d'écarter toute manière de voir tendant à considérer la dermatite aréolaire comme une épithéliomatose (Katg).

Je ne pense pas non plus qu'on puisse encore considérer le corps de Darier comme des psorospermies; il est trop aisé de poursuivre les diverses étapes de la métaplasie cellulaire qui part de la cellule malpighienne pour arriver à la formation kystique.

En réalité, on a affaire à une épithélite acantholytique d'une nature spéciale qui a probablement son siège initial dans les couches muqueuses profondes, et tout au voisinage de la couche cylindrique. Il s'agit d'une dégénération autochtone où des micro-organismes, d'ailleurs insuffisamment déterminés par mes préparations, jouent probablement un rôle primordial. L'infiltrat plasmatique sous-épidermique est purement réactionnel et les troubles de la kératinisation sont également secondaires. Les corps de Darier apparaissent ainsi comme le résultat d'une sorte de fermentation du protoplasma qui se manifeste dès le début, par la perte des filaments d'union des cellules muqueuses, font aboutir au morcellement et à la dissociation de ces dernières.

Quant aux relations qui peuvent exister entre cette épidermite et le carcinome mammaire subséquent, j'ignore quelles elles peuvent être; cependant, il ne me semble pas possible de les nier comme on l'a fait, surtout en présence d'une malade telle que la nôtre. Il faut penser que, nulle part, l'origine parasitaire du cancer ne semble aussi plausible que dans la maladie de Paget; mais peut-être doit-on attendre davantage les recherches dirigées dans le sens de la bactériologie que de l'étude des sporozoaires.

Réflexions sur le traitement des verrues par la suppression d'un seul de ces papillomes.

Par M. BRAULT.

Enlevez une verrue seulement, vous verrez les autres disparaître, voilà une assertion qui a été soutenue par certains médecins et qui s'est facilement répandue dans le public. Parmi les auteurs, les uns se tiennent sur la réserve, d'autres prennent énergiquement partie pour ou contre la proposition. J'ai voulu, dernièrement, me rendre compte, par moi-même, et j'ai expérimenté sur six de mes malades, porteurs de nombreuses verrues.

Je ne rapporterai pas, par le menu, toutes ces observations, ce serait trop fastidieux ; je ne veux en extraire que des conclusions. Le dicton populaire, tel qu'il est présenté avec ses termes vagues, est assurément très erroné, il ne suffit pas d'enlever une verrue n'importe laquelle pour détruire les autres papillomes. Mais cette opinion, toute fausse qu'elle soit, si on la prend dans un sens trop général, renferme pourtant une petite part de vérité.

En effet, lorsqu'un sujet possède une seule grosse verrue initiale, entourée de petites verrues satellites à l'état naissant, il suffit de supprimer la mère pour tuer les enfants, parfois même des papillomes de volume moyen arrivent à la régression totale.

Mais il est tout à fait rare que les choses se passent aussi simplement en pratique. Lorsque l'éruption est déjà ancienne, il existe plusieurs verrues adultes. Il y a des satellites qui sont déjà arrivés à l'état parfait et peuvent vivre de leur vie propre.

Dans ces conditions, si l'on se contente d'enlever la plus grosse, la plus large, l'on court à un échec ; ici il faut en revenir à ce que disait Diday pour les végétations ; enlevez toutes les grosses, et vous verrez diminuer les moyennes et surtout les petites. Si l'on veut détruire tous les jeunes plants, on doit, en somme, se débarrasser de tous les papillomes d'un certain volume, à surface mûriforme ou papillaire, recouverts de squames grises, il faut, de même, extirper les grosses verrues plates cornées que l'on rencontre sur la face palmaire des doigts.

Ce que je viens de dire ressort très nettement de mes observations. Sur un de mes sujets, porteurs d'une pléiade prototypique avec une seule verrue mère entourée de satellites, j'ai vu, à la suite de l'ablation de la première, toutes les autres régresser et disparaître. Au contraire, chez les malades qui comptaient plusieurs verrues adultes, il a fallu toujours arriver à l'éradication de ces dernières, pour observer un affaissement total des petites verrues encore planes qui leur faisaient cortège.

Je signale, en terminant, un cas spécial ; un des observés présentant des verrues adultes et des satellites sur la main gauche ; sur la

droite, par contre, il n'existait que des verrues jeunes, ces dernières ont regressé aussi bien et aussi vite que leurs congénères de la main opposée, sitôt après l'ablation des verrues-mères.

Érythème polymorphe récidivant, association des formes papuleuse et noueuse, papules conjonctivales en gros placards.

Par M. J. BRAULT.

Au cours des érythèmes polymorphes on a, de temps à autre, l'occasion de constater l'envahissement de la conjonctive. Dernièrement, M. Terson, au Congrès de Bordeaux, a insisté sur cette localisation. Voici une observation qui peut prendre place à côté des siennes.

C..., soldat au 1^{er} zouaves, âgé de 22 ans, était cultivateur avant son incorporation; ses père et mère sont rhumatisants. Par deux fois, il a présenté des atteintes de rhumatisme; il prétend que ses douleurs articulaires ont coïncidé avec des poussées à la peau; une seule fois, les yeux ont été atteints.

Aujourd'hui, il entre dans notre service pour une nouvelle récidiye.

L'affection a débuté le 16 février, en même temps que des douleurs rhumatoïdes dans les grandes articulations, principalement les genoux; le malade voyait survenir une éruption papuleuse. Cette dernière, qui a débuté derrière l'oreille gauche, s'est rapidement étalée sur la nuque.

Au moment où nous voyons C..., de nombreuses papules agminées par placards se montrent sur la partie postérieure du cou. La couleur de l'éruption est violâtre; les plaques les plus anciennes commencent à se recouvrir de squames furfuracées. Les joues sont absolument couvertes par une éruption semblable. Quelques papules plus discrètes se voient sur le front et le dos des mains. Enfin, particularité intéressante, des groupes de papules de même teinte occupent les deux yeux. En dehors comme en dedans, les conjonctives bulbaires présentent deux bandes qui occupent l'équateur de l'œil et les régions voisines. A droite comme à gauche, l'efflorescence est beaucoup plus marquée à la partie interne. Grâce à la topographie des lésions, l'affection simule assez bien quatre ptérygions d'un nouveau genre.

Enfin, sur les membres inférieurs, nous voyons de l'érythème noueux typique, les nodules rouge violacé, très douloureux, occupent surtout les faces antérieures et externes des jambes.

Le malade est soumis au traitement par le salicylate de soude, localement on applique des poudres inertes.

Au bout de quelques jours, les éléments papuleux du cou et des joues pâlissent; un peu plus tard, les nodosités des jambes s'affaissent, aux yeux les papules se décolorent d'abord et conservent, pendant longtemps, leur aspect grenu.

Ce n'est que le 15 mars que la guérison est complète.

Cette observation nous a paru curieuse par les récidiyes qu'elle

relate, par l'association des formes papuleuse et noueuse et enfin, surtout, par la présence de placards de grosses papules conjonctives agminées.

Traitement de l'intertrigo par l'acide chromique

Par M. BRAULT.

L'intertrigo et les macérations dues à l'éphidrose plantaire présentent beaucoup d'analogie, puisqu'en fin de compte il s'agit, dans les deux cas, d'irritations cutanées produites par des sécrétions plus ou moins exagérées et décomposées.

Ce rapprochement m'a conduit à penser que l'acide chromique qui réussit si bien dans les hyperhidroses plantaires, donnerait également de bons résultats chez les sujets atteints d'intertrigo.

Depuis plus d'un an, j'ai traité tous mes cas à l'aide de ce topique et je n'ai eu qu'à m'en louer.

Lorsqu'il existe par trop d'irritation, il est préférable de faire, préalablement, quelques applications humides à l'aide d'antiseptiques légers. Dans le cas contraire, l'on commence d'emblée le traitement.

Comme pour les macérations plantaires, après un lavage soigneux, l'on assèche les parties atteintes et l'on badigeonne avec une solution à 3 0/0.

En raison de la finesse de la peau des plis où siège d'habitude l'intertrigo j'ai un peu descendu le titre de la solution (1). Il suffit, ensuite, d'appliquer une poudre inerte.

L'on recommence à trois ou quatre jours d'intervalle, deux ou trois badigeonnages nécessaires.

Cette façon de faire m'a paru non seulement amener très rapidement la guérison de l'intertrigo, mais encore prévenir, mieux que tout autre chose, son retour, en déterminant une sorte de « tannage » des téguments.

Gastropathie médicamenteuse des syphilitiques.

Par MM. GASTOU et BABON.

Dans une première note à la Société de syphiligraphie, nous avons cherché à établir chimiquement l'existence des gastropathies médicamenteuses des syphilitiques. Des recherches continuées par M. Babon dans le service de M. le professeur Fournier, il résulte que la formule chimique de ces gastropathies est l'hypopepsie plus ou moins accen-

(1) La solution employée par les Allemands pour les sueurs plantaires est à 5 0/0.

tuée suivant la durée de l'action médicamenteuse avec retard de l'évacuation gastrique, s'accompagnant généralement de fermentations anormales tardives.

Cliniquement, ces gastropathies se manifestent par un ensemble de symptômes qui en fait presque une entité morbide. La cause occasionnelle est le médicament (pilules IK; d'après les recherches de M. Hayem, le sirop de Gibert serait particulièrement nuisible), la cause prédisposante une tare stomacale antérieure (chlorose dyspeptique, éthylisme) ou une affection pouvant avoir son retentissement sur l'estomac (rein flottant, affections utérines).

Le début en est brusque ou progressif : tantôt les malades sont pris aussitôt l'ingestion du médicament, de brûlures, de cuissons, de douleurs atroces au creux épigastrique, de régurgitations acides, et sont forcés d'en suspendre l'emploi; tantôt l'action est plus lente à se produire, et ce n'est qu'après un temps plus ou moins long que les symptômes gastriques apparaissent. La période d'état est constituée par les accidents de la période digestive : une demi-heure après les repas les malades sont pris d'une somnolence invincible, de douleur à l'épigastre et à la région interscapulaire, le ventre se ballonne, ils ont des éructations gazeuses, mais jamais de vomissements. Ces symptômes durent une heure ou deux puis disparaissent brusquement. L'appétit est diminué sauf quand il y a abus de IK qui peut produire une véritable boulimie. Certains malades souffrent de troubles nerveux se rapprochant de ceux de la neurasthénie. L'estomac n'est qu'exceptionnellement dilaté.

Cet état gastrique est exagéré par la continuation du traitement médicamenteux : dans la forme rapide, les symptômes douloureux disparaissent quand on l'abandonne; dans la forme lente, les malades sont surtout améliorés par le régime, mais ils restent sous le coup d'accidents gastriques ultérieurs.

Le traitement prophylactique de cette gastropathie consistera à éviter l'ingestion médicamenteuse par la voie gastrique : ces malades bénéficieraient de la pratique des injections mercurielles et des lavements iodurés.

M. le D^r HAAN (du Havre) envoie une observation d'otite externe, d'origine séborrhéique (déposé aux Archives).

Le secrétaire,

E. LEREDDE.

SÉANCE DU 13 MAI 1896

Présidence de M. Ernest Besnier.

SOMMAIRE. — A propos du procès-verbal : 1° Sur un cas d'urticaire pigmentée ; 2° Dermatite bulleuse à kystes épidermiques, par M. HALLOPEAU. — Chancres labiaux, par M. DANLOS. (Discussion : MM. RENAULT, FOURNIER, DU CASTEL, BESNIER.) — Dermatoses lichénoïdes. (Discussion : MM. VÉRITÉ, HALLOPEAU, BESNIER, DARIER, BESNIER.) — Tuberculose de la main et de l'avant-bras, par M. DU CASTEL. (Discussion : M. DARIER.) — éruption purpurique des doigts, par M. DU CASTEL. — Trois cas d'hydrargyrie, par M. FOURNIER. (Discussion : MM. HALLOPEAU, FOURNIER, BESNIER.) — Syphilis héréditaire tardive chez une malade de 63 ans, par M. FOURNIER. (Discussion : MM. BESNIER, FOURNIER, BESNIER, HALLOPEAU). — Dermatite herpétiforme au cours de la grossesse, par M. CANUET. — Note au sujet de la présentation de M. Canuet, d'une malade atteinte d'herpes gestationis. — Examen histologique et bactériologique du sang, des bulles et du pseudo-érysipèle, par M. GASTOU. — Syphilis acquise infantile, par M. CANUET. — Syphilis héréditaire. — Arrêts de développement multiples, infantilisme, par MM. GASTOU et BARASCH. — Sur une érythrodermie à évolution et caractères anormaux (syphilides desquamatives en nappe généralisées ou dermatite exfoliatrice), par M. GASTOU. (Discussion : M. DARIER.) — Sur un nouveau cas de maladie de Darier et ses rapports avec la dystrophie papillo-pigmentaire, par M. HALLOPEAU. — Note sur l'anatomie pathologique de la maladie dite « Psorospermose folliculaire végétante » à propos d'un cas nouveau, par M. DARIER. — Sur deux cas d'ulcus rodens, par MM. HALLOPEAU et ANDRÉ JOUSSET. — Deux cas d'anévrysmes syphilitiques, par M. GEORGES BROUARDEL. (Discussion : MM. FOURNIER, BESNIER.) — Note sur deux cas de vitiligo chez des indigènes algériens syphilitiques, par M. REY (d'Alger).

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

Urticaire pigmentée.

M. HALLOPEAU revient sur le fait clinique qu'il a présenté sous le nom d'*urticaire pigmentée* ; il a pu observer de nouveau le malade et constater les faits suivants : il y a autant de bandes zostériques interrompues que d'espaces intercostaux ; la couleur de l'éruption est d'un rouge bistré et, quand on la déprime, le bistre persiste en même temps que le rouge s'efface : c'est bien là le caractère d'une éruption pigmentée. D'autre part, nombre de plaques font une saillie nettement appréciable au-dessus des parties saines et, si l'on vient à les froter doucement, cette saillie se prononce davantage ou se dessine si elle n'existait pas, en même temps qu'elle

devient plus résistante à la pression ; si l'on ajoute que les plaques dorsales ont pour la plupart des contours géographiques, il ne reste pas douteux que le diagnostic d'urticaire pigmentée ne soit le vrai. Les réserves faites à cet égard par plusieurs membres de la Société lors de la présentation du malade gardent cet intérêt qu'elles mettent en évidence la difficulté qu'a présentée le diagnostic ; elles expliquent et justifient les hésitations par lesquelles le présentateur a passé lors d'un premier examen.

Dermatite bulleuse à kystes épidermiques.

A propos de sa communication sur la *dermatite bulleuse à kystes épidermiques*, M. HALLOPEAU cite un cas de Quinquaud qui lui avait d'abord échappé ; il figure sous le nom de *kystes* dans la table du Bulletin de la Société. Comme dans les autres faits, il s'est produit des éruptions bulleuses récidivantes, avec liquide séreux, purulent ou sanguinolent, et, à leur suite, des kystes épidermiques, parfois de petites cicatrices ; la muqueuse buccale a été intéressée ; il n'y a pas eu de prurit ; la maladie paraît n'avoir débuté qu'à l'âge de 7 ans : elle n'aurait donc pas été congénitale ; elle a envahi, contrairement à ce qui a été vu dans plusieurs des autres faits, les surfaces palmaires et plantaires, mais tardivement, en dernier lieu. On n'a signalé, dans cette observation, ni l'hérédité, ni l'influence des traumatismes sur la genèse des bulles, ni la disposition zostérienne des éléments éruptifs.

Chancre de la lèvre.

Par M. DANLOS.

Voici une femme de 35 ans entrée trois semaines auparavant dans mon service pour une lésion ulcéreuse de la lèvre inférieure. Au moment de l'entrée la lésion occupait toute la moitié droite de la lèvre et offrait d'une manière typique l'apparence d'un chancre. Elle s'en distinguait par l'absence absolue de deux caractères d'importance majeure, l'induration et l'adénopathie. L'ulcération avait alors deux mois et demi d'existence. Aucun trouble de la santé générale ; pas de céphalalgie, de fièvre vespérale, ni de chute des cheveux. Rien à l'intérieur de la bouche, rien aux parties génitales ; pas de tuméfaction des glandes inguinales. Sur le corps on voyait une quinzaine de papules cuivrées dont la malade ignorait l'existence. Ces papules disséminées sur le tronc ne devaient pas être toutes récentes, car elles étaient fortement cuivrées et squameuses. Quelques-unes rappelaient l'aspect des plaques de la peau.

Cette lésion ne pouvait être qu'un chancre anormal ou une lésion tertiaire pseudo-chancreuse. M. Fournier, à qui fut présentée la

malade crut pouvoir admettre le chancre malgré l'absence tout à fait exceptionnelle d'adénopathie et d'induration. Cette hypothèse paraît justifiée par l'absence d'accidents syphilitiques antérieurs ; le caractère de l'éruption du tronc dont les éléments n'avaient aucune tendance au groupement, et l'évolution. L'ulcération de la lèvre a en effet rapidement rétrogradé malgré l'absence de tout traitement spécifique ; et simultanément la cicatrice s'est légèrement sclérosée.

M. RENAULT. — J'ai vu un malade qui présentait trois chancres indurés situés deux sur la lèvre supérieure et un sur la lèvre inférieure, et qui ne présentait qu'une adénite minime.

M. FOURNIER. — Le cas de M. Danlos est des plus intéressants. Car de par son aspect la lésion de la lèvre est un chancre induré et ne peut être vraisemblablement autre chose.

M. DU CASTEL. — La légèreté des accidents éruptifs présentés par le malade ne me semble pas être un argument contre la syphilis.

L'aspect de l'ulcération est typique comme chancre syphilitique.

M. BESNIER. — Quoiqu'il y ait dans ce cas des anomalies de chronologie, il semble bien qu'il s'agisse d'un chancre.

La difficulté diagnostique pour ces sortes de lésions est quelquefois insurmontable.

Je me souviens d'une lésion serpigineuse de la lèvre considérée comme épithélioma, laquelle a guéri en huit jours après une injection de calomel.

Dermatose lichénoïde ?

Par M. DANLOS.

Observation recueillie par M. DECLoux, interne du service.

Joseph B..., cordonnier, 44 ans, entré le 16 avril 1896, salle Hillairet, lit n° 17.

Antécédents héréditaires. — Mère asthmatique.

Antécédents personnels. — A l'âge de 17 ans, le malade est atteint d'une première bronchite. A l'âge de 32 ans, nouvelle bronchite soignée à l'hôpital Lariboisière. Térébenthine, créosote. Cette bronchite a duré près de trois ans. Depuis cette époque, le malade dit avoir toussé presque tous les hivers.

A 24 ans, le malade dit avoir contracté deux chancres au niveau du sillon balano-préputial. Il se serait fait soigner par un pharmacien. Il résulte d'un interrogatoire assez serré, qu'il paraît avoir plutôt été atteint d'herpès préputial ; herpès auquel il est du reste sujet. Aucune cicatrice, pas d'adénite inguinale, pas d'accidents ressemblant à des accidents secondaires rendent ce diagnostic le plus vraisemblable.

A 25 ans, il contracte une première blennorrhagie qui dure trois mois; à 26 ans, nouvelle blennorrhagie qui passe à l'état chronique et a récidivé cinq à six fois depuis.

C'est du reste une nouvelle récurrence de cette affection qui amène le malade à la consultation de Saint-Louis.

Histoire. — Il ne se plaint en aucune façon de l'affection cutanée dont il est atteint. Celle-ci aurait débuté par le front il y a dix ans, seulement, sans phénomènes douloureux, présentant le même aspect que les taches qu'il a sur le corps. Mais avec le temps elles se sont modifiées et sont actuellement remplacées par des macules légèrement pigmentées café au lait. Ces taches au dire du malade ont ensuite envahi le cou puis le tronc.

Actuellement cette sorte d'éruption, occupe le tronc, surtout les parties latérales et postérieures du thorax; le côté externe des membres, surtout au niveau de leur racine, mais elle y est moins développée. Au niveau de l'abdomen quelques macules existent au milieu des poils très développés sus-pubiens; de même sur la face interne des cuisses.

L'éruption est visiblement symétrique; elle est composée de papules de forme hémisphérique surbaissée, de la dimension d'une grosse tête d'épingles en moyenne. Les papules sont discrètes, nulle part cohérentes; quelques-unes en très petit nombre sur les parties latérales du tronc paraissent disposées en séries linéaires. On peut en distinguer trois variétés.

La première est une papule rosée, présentant à sa partie saillante une sorte de pointillé vasculaire, et laissant apparaître une tache de pigment quand on diminue par pression la congestion à ce niveau.

Dans un deuxième stade paraissant succéder au précédent, la papule diminue de volume, elle s'affaisse, s'entourant d'une auréole manifeste et très pigmentée. On ne voit en général au niveau des papules, ni orifice ombiliqué, ni poil.

A cette forme paraît enfin succéder une macule pigmentaire déprimée. C'est une plaque atrophique sur laquelle le grattage permet de détacher difficilement quelques éléments furfuracés, mais qui n'atteignent jamais les dimensions d'une plaque elle-même.

L'évolution des macules paraît très longue, le malade n'accuse ni prurit, ni démangeaisons.

L'examen de la cavité buccale montre sur les parties latérales des joues les saillies de quelques culs-de-sac glandulaires, mais ne ressemblant en aucune façon à la localisation du lichen sur la muqueuse buccale.

Examen histologique. — L'examen histologique d'une biopsie faite sur la partie latérale gauche du tronc a été fait par M. le Dr Leredde. Voici le résumé de ses constatations sur des coupes montées dans la paraffine et colorées par nous au carmin et à l'hématoxyline.

L'épiderme présente une cohérence un peu anormale de la couche cornée, dont les lamelles séparées les unes des autres tiennent encore à la couche sous-jacente et forment une couche d'épaisseur égale à celle de la couche de Malpighi.

La couche granuleuse est atrophée; ses cellules ont diminué de

volume, mais ont conservé leurs granulations d'éléidine et leurs noyaux.

Le corps muqueux est aussi atrophie; les cônes interpapillaires ont disparu; il reste trois à quatre rangées de cellules épithéliales disposées parallèlement à la surface.

Dans le derme on constate plusieurs foyers superficiels en occupant la moitié de la hauteur à peu près, refoulant l'épiderme et le derme profond.

Ces foyers forment des blocs séparés les uns des autres. Ils sont formés de cellules groupées autour de vaisseaux dilatés, à parois peu épaissies. Ces cellules sont des lymphocytes et des cellules fixes; on n'y trouve pas de *Plasmazellen*; elles sont comprises dans un *réticulum*.

Ce qu'il y a de plus remarquable c'est la présence dans le foyer et dans la partie profonde du derme attenant, de cellules pigmentaires à prolongements multiples. Le pigment est formé de gros grains emplissant le protoplasma et groupés autour d'un noyau colorable. Il y a peu de *Mastzellen*.

Le tissu conjonctif paraît normal, on y trouve les fibres conjonctives colorées par les couleurs basiques, ce que Unna a surtout décrit dans la peau sénile.

En résumé, dit cet histologiste, l'examen histologique ne fournit aucun renseignement précis sur la nature de cette dermatose.

Ce malade, soumis par M. Danlos à l'examen de MM. Fournier et Besnier, a été considéré par eux comme ne rentrant dans aucun type connu et classé. M. Besnier croit même pouvoir affirmer qu'il ne s'agissait pas d'un lichen. M. Hallopeau se rattacha au contraire au diagnostic de lichen plan, M. Du Castel pensa à un lichen obtusus. Il est certain qu'autrefois on n'aurait guère hésité, à raison du caractère papuleux et pigmentaire de cette éruption à la ranger dans le lichen; mais d'autre part, il faut reconnaître que par sa durée (dix ans au moins), la lenteur excessive de son évolution, le défaut de prurit, la forme et le siège des papules, l'absence de toute tendance au groupement et l'intégrité des muqueuses, cette dermatose ne rentre guère dans le type du lichen de Wilson.

M. VÉRITÉ. — Ce malade me semble atteint de verrues pigmentées généralisées.

M. HALLOPEAU. — Pour ma part, malgré l'absence de prurit, je croirais plutôt à un lichen plan acuminé, à cause de la coloration, de l'aspect brillant des éléments.

M. BESNIER. — Cette lésion qui dure depuis dix ans et n'a jamais été prurigineuse, formerait dans le « lichen » une variété paradoxale.

M. DANLOS. — Je viens de jeter un coup d'œil sur les coupés provenant

d'un fragment biopsé, il ne s'agit pas de verrues, je serai moins affirmatif pour la question du lichen.

Tuberculose de la main et de l'avant-bras.

Par M. DU CASTEL.

Romani D..., 59 ans, musicien.

Antécédents héréditaires. — Père mort brusquement. Mère morte d'une pneumonie.

Quatre sœurs : deux mortes, une en bas âge, Deux vivantes, bien portantes.

Six frères : quatre morts? aucun de la poitrine. Deux vivants, bien portants.

Pas de tousseurs dans la famille.

Éthylisme très marqué à certains moments.

Antécédents personnels. — A 23 ou 24 ans, il a eu des boutons sur la verge. Jamais rien sur le corps ni autre accident.

Un médecin lui a donné de l'iodure et il n'a plus rien eu depuis jusqu'à 59 ans.

Fièvres palustres à l'âge de 21 ou 22 ans. Jamais de maladie autre.

Il y a quatre ans, plaie à la cuisse droite, guérie par M. Quinquaud, par des applications de pointes de feu.

A l'âge de 56 ans, il y a trois ans, il a eu consécutivement des accidents analogues au pied droit, à la main droite et au bras gauche. Il est resté quinze mois à l'hôpital Laennec. A la main droite, il a eu une atteinte probablement bacillaire ayant nécessité l'amputation du médius par M. Marchand.

Revenu à l'hôpital Saint-Louis pour une ulcération rebelle du bras gauche, il a été guéri par un grattage.

Sa main a commencé à être malade il y a quatre ans, d'abord arthrite au médius droit, amputation.

Il quitte l'hôpital avec une ulcération persistante qui occupe une partie de la face dorsale de la main.

Plus tard, l'ulcère s'étend et envahit la face dorsale de la main et les autres doigts.

Il y a trois mois seulement, le malade voit survenir sur son membre supérieur droit des nodules sous-cutanés qui s'ouvrent, suppurent et laissent des ulcérations.

État actuel. — *Main droite.* La main droite est énormément tuméfiée.

Le pouce est à peu près indemne.

L'auriculaire, l'annulaire et l'index (surtout les deux derniers) sont énormes, renflés en cône à base à la racine du doigt. Ils sont recouverts d'une masse fongueuse, bourgeonnante, rouge vif, fournissant un pus sanieux.

On y voit des bourgeons arrondis, des érosions, des ulcérations à bords

violacés, des nodules non ulcérés : les uns encore durs, les autres mous, caséeux.

L'auriculaire est moins touché que l'index et le médus. Le dos de la main est recouvert de la même masse bourgeonnante dans sa moitié antérieure ; la moitié postérieure est violacée, tuméfiée, livide.

Du côté de la paume de la main, c'est aussi la région antérieure qui est la plus prise.

L'avant-bras, est sur sa face dorsale comme sur sa face antérieure, recouvert d'ulcérations disséminées irrégulièrement.

Chaque ulcération a les dimensions d'une pièce de 50 centimes à une pièce de un franc. Ce sont des ulcérations à bords décollés, violacés, d'une certaine profondeur, donnant un suintement séro-purulent : ce sont des types de lymphangites tuberculeuses ulcérées.

Chaque ulcération est entourée d'un certain nombre de petits grains satellites, mous.

Au bras. — On sent à la palpation de la partie externe de l'extrémité inférieure du bras une masse très volumineuse d'environ 6 centimètres de diamètre (arrondie mais aplatie en gâteau, très dure, assez mobile).

Cette nodosité date de trois mois environ (elle est survenue en même temps que les ulcérations de l'avant-bras). Elle est adhérente au derme et très superficielle à la palpation. Sur la partie la plus saillante, on voit sous la peau une petite papule rose : c'est ainsi, au dire du malade, que commencent les ulcérations.

Le malade est très affirmatif sur ce point : il y a d'abord eu (au niveau de tous les points ulcérés aujourd'hui) des nodosités profondes, dures ; à un moment donné, ces nodosités se sont recouvertes d'une petite papule qui s'est ulcérée.

L'examen histologique d'un de ces nodules montre une prolifération embryonnaire considérable, autour des vaisseaux sanguins et lymphatiques. On note une abondance très grande de cellules géantes.

Le malade présente de plus, près de l'ombilic, une plaque violacée d'une ulcération superficielle analogue à celle du bras (elle date, dit-il, d'il y a quatre ans).

On voit d'abord au bras gauche, à la cuisse droite et au pied droit, les cicatrices des accidents autrefois guéris par M. Marchand.

(Observation recueillie par M. Jacobson, interne du service.)

Éruption purpurique des doigts.

Par M. DU CASTEL

Le malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société, montre le rôle considérable que la prédisposition joue dans la forme qu'affectent les accidents provoqués par les intoxications.

C'est un homme de 28 ans, d'une constitution vigoureuse. Il a eu, dans sa jeunesse, alors qu'il habitait encore son village, une éruption qui a laissé sur les jambes des cicatrices arrondies, blanches, lisses, régulières, pigmentées à leur périphérie. Si l'on s'en rapporte au dire du malade, ces cicatrices sembleraient consécutives à une production d'ecthyma survenue à la suite d'un abcès de la fesse gauche qui a laissé des cicatrices profondes. L'aspect des cicatrices est syphiloïde, mais le récit de D... n'indique pas qu'il ait existé, à aucun moment, de syphilis nettement caractérisée; on ne constate pas de stigmates de syphilis héréditaire.

Depuis l'été dernier, notre malade présente des altérations de la peau des doigts siégeant surtout sur la face dorsale au niveau des articulations des phalanges, des phalangettes et des phalangines. Ce sont les placards arrondis, légèrement desquamatifs et cornés, avec épaissement marqué du derme. Il existe des bandes longitudinales le long du bord interne des pouces et du bord externe des index.

Ces lésions, plutôt scléreuses, ne sont pas professionnelles et dues à des frottements répétés. Elles ne présentent les aspects ni d'une gomme, ni d'un tubercule syphilitique : leur nature me paraît bien difficile à déterminer. Au mois d'août dernier, ce malade a été soigné par notre collègue M. Gaucher, qui a cru devoir essayer d'obtenir, par l'emploi de l'iode de potassium, la résolution des inflammations dermiques dont notre malade est atteint. Peu de jours après l'emploi de ce médicament, les plaques morbides étaient envahies par un piqueté hémorragique intense, dont vous pourrez voir la représentation dans ce moulage (pièce du musée, vitrine des éruptions médicamenteuses).

Au mois d'octobre, j'eus l'occasion de donner mes soins à D...; le piqueté hémorragique s'était beaucoup atténué, mais l'induration du derme persistait. En quelques semaines, toute trace d'hémorragie avait disparu, mais les lésions dermo-épidermiques ne s'étaient pas complètement effacées.

Il y a trois semaines, le malade rentrait dans notre service; les plaques malades s'étaient de nouveau légèrement réveillées; elles débutaient par de petites papules dont la convergence donnait lieu aux larges placards morbides; mais il n'y avait pas trace d'hémorragies au moment de l'entrée de D... Depuis quelques jours, le piqueté hémorragique a commencé à se reproduire, mais il est beaucoup moins intense, il se développe beaucoup moins rapidement qu'après l'usage de l'iode de potassium, comme vous pourrez voir en comparant le moulage ancien et l'état actuel des doigts du patient. Je ne crois pas qu'actuellement on puisse incriminer la médication d'être la cause des hémorragies. Le

malade n'a pris que du sirop antiscorbutique à la dose de deux cuillerées soupe par jour.

M. Gênevoix, interne en pharmacie de mon service, a étudié, au point de vue de son contenu en iode, le sirop antiscorbutique de l'hôpital; il donne une très légère réaction d'iode, mais beaucoup moins marquée que celle que fournit une dissolution de 2 centigr. d'iodure de potassium dans un litre d'eau.

Dans ces conditions, je crois qu'il y a lieu de penser que la tendance aux hémorrhagies fait partie du processus pathologique dont notre malade est atteint et que l'iodure de potassium administré au mois d'août n'a fait qu'exagérer et précipiter cette tendance naturelle. Pour admettre une intervention de l'iode dans les accidents actuels, il faudrait admettre une susceptibilité bien extraordinaire de notre malade, puisqu'il n'en a certainement pris au grand maximum que quelques milligrammes en quinze jours.

Trois cas d'hydrargyrie.

Par M. le Professeur FOURNIER.

Voici encore trois nouveaux cas d'hydrargyrie cutanée. J'ai déjà présenté à la Société l'un de ces malades. Je voudrais tirer de ces faits quelques conclusions relatives au diagnostic de l'hydrargyrie cutanée.

Je résume l'histoire clinique des trois malades.

Obs. I. — A. S..., âgée de 54 ans, femme de ménage. Salle Henri IV, n° 36.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Impétigo dans l'enfance et l'adolescence.

Trois enfants morts en bas âge de cause inconnue.

Jamais d'éruption antérieure sur la peau.

Elle se teint les cheveux en noir depuis dix ans; mais elle a cessé complètement de se servir de teinture depuis six mois.

Il y a un mois son œil gauche s'injecte, devient rouge; elle va voir un oculiste qui lui donne une pommade au précipité blanc. Elle en mettait chaque jour gros comme une noisette sur son œil.

Au bout de trois jours de ce traitement, la joue a commencé à enfler et à devenir rouge; rapidement la rougeur a gagné toute la face.

Elle a retourné chez l'oculiste qui lui a donné une autre pommade au précipité jaune qui n'a fait qu'exaspérer l'éruption. Des vésicules remplies de sérosité ont apparu sur le fond érythémateux; il n'y a pas eu de prurit, mais un suintement excessif et consécutivement des croûtes jaunâtres, si bien qu'en quelques jours l'éruption ressemblait à un eczéma aigu de la face.

A son entrée à l'hôpital, toute la face est prise et présente une éruption

érythémato-squameuse, on voit des croûtes, des croûtelles, des squames. Le cou est indemne, ainsi que le cuir chevelu, mais le derrière des oreilles est pris.

Elle a sur les bras depuis de longues années une éruption prurigineuse, consistant en quelques papules excoriées.

Il n'existe aucun trouble organique, les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine. Pas de troubles de la sensibilité.

Traitement. — Pulvérisations. Masque de caoutchouc.

Pommade à l'oxyde de zinc.

La malade sort de l'hôpital le 11 mai : la figure est encore rouge, et présente encore quelques squames. Elle est très améliorée.

Oss. II. — F..., âgée de 40 ans, couturière, salle Henri IV, n° 7.

Antécédents héréditaires. — La malade dit avoir eu une mère rhumatisante. Elle-même se plaint d'avoir fréquemment des rhumatismes.

Antécédents personnels. — A 7 ans la malade a eu de l'impétigo. Jamais d'autre maladie avant 1891.

En 1891, la malade contracte la syphilis. L'accident initial est un chancre vulvaire. La malade a eu de la roséole avec chute des cheveux. Maux de tête violents la nuit surtout. On trouve encore des traces de syphilides érythémato-papuleuses buccales et vulvaires.

La malade a eu trois enfants nés avant cette affection. Ils sont bien portants.

Actuellement, la malade entre dans le service pour une éruption presque généralisée à tout le corps.

Début il y a quinze jours environ (c'est-à-dire vers le 10 avril) par un intertrigo très violent.

L'éruption a gagné ensuite le cou, puis la face postérieure des avant-bras, la face antérieure des cuisses et des jambes et enfin le tronc.

État actuel (à son entrée). — Sur le cou on trouve des plaques érythémato-croûtelleuses et papulo-croûtelleuses, qui occasionnent une violente démangeaison.

Sur le dos, la poitrine, les avant-bras et les bras, même aspect.

Aux jambes, éléments érythémateux disséminés disparaissant par la pression.

Sur l'abdomen on trouve des éléments papulo-croûtelleux aberrants, avec aspect éruptif récent.

Sur les jambes, les éléments érythémateux qui sont disséminés un peu partout sont néanmoins en bien plus grande abondance.

Au pli de l'anus on a une ulcération avec suintement intense.

Quelque temps avant son éruption (quatre ou cinq jours, dit-elle) elle avait déjà de l'intertrigo, mais souffrait de rhumatisme polyarticulaire. Elle a consulté un médecin qui lui a donné l'ordonnance suivante :

1° Poudre de lycopode.....	30
S. n. de bismuth.....	10
Opium pur.....	2
Cocaïne.....	0.50

2° *Sirap de Gibert*, deux cuillerées par jour. La malade aurait donc pris

environ une douzaine de cuillerées à soupe de sirop de Gibert au moment du début de son éruption.

Analyse des urines. — Pigments. *Pas de mercure.*

30 avril. Poussée de grosses vésicules herpétiformes sur les deux avant-bras.

6 mai. Desquamation aux avant-bras et aux jambes, larges placards desquamants.

Le 10. La desquamation continue. Taches érythémato-papuleuses persistantes.

Les mains et la face plantaire des pieds ont toujours été indemnes.

Traitement. — Pommade à l'oxyde de zinc. Glycérolé d'amidon ensuite.

Obs. III. — D..., âgé de 40 ans, désinfecteur, salle Saint-Louis, 19.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 70 ans d'une tumeur à l'estomac, mère bien portante. Six frères et sœurs bien portants.

Antécédents personnels. — Pas de maladies de l'enfance. En 1876, à la suite d'une chute et d'un refroidissement, il aurait eu une éruption diagnostiquée psoriasis, pour laquelle on l'envoie à Barèges. Cette éruption guérit, mais se manifeste de temps en temps par quelques placards.

Le 25 décembre 1895, le malade est pris de malaises sans fièvre.

Le 1^{er} janvier apparaît sur toute la surface du corps une éruption constituée par une série de petites papules qui se fusionnent rapidement, de façon à ce que, vers le quatrième jour après le début de l'éruption, le corps est couvert d'un érythème généralisé qui commence à desquamer.

Quand le malade est présenté en janvier à la Société, il est couvert d'un érythème foncé, avec épaissement et exagération des plis de la peau. Tout le corps est recouvert de lamelles foliacées, larges de 1 centim. de diamètre, et adhérentes seulement par leur extrémité supérieure. La face est couverte d'une desquamation fine pityriasique, il en est de même du cuir chevelu.

L'évolution de la maladie a entraîné la desquamation totale de la peau des faces palmaires et plantaires, la chute des cheveux; les ongles n'ont présenté que des altérations peu marquées. Il n'y a eu ni prurit, ni fièvre.

Le suintement a été très marqué pendant toute la durée de la maladie qui a été de six semaines environ.

L'analyse des urines, faites par M. Cathelineau, en démontrant la présence du mercure, dont l'élimination a duré le même temps que la desquamation, a confirmé pleinement le diagnostic d'hydrargyrie porté par M. le professeur Fournier.

Les urines, rares au début, riches en acide urique, contenaient une grande quantité d'urée. Avec une déperdition d'azote considérable, le malade éliminait environ deux fois plus de chlorures qu'à l'état normal, tandis que l'acide phosphorique était diminué. Il y avait des traces d'albumine et de l'urobiline.

La quantité de sublimé décelée dans les urines a été de 0,0024 au début; 0,0007 dix jours après l'arrivée du malade dans le service. Le coefficient d'oxydation (rapport de l'azote totale de l'urée à l'azote de l'urine) a toujours été bien marqué.

Le malade est sorti incomplètement guéri du service; il y est revenu

quelques jours après pour une nouvelle poussée érythémateuse qui n'a pas duré.

Ces jours-ci, fin avril, il revient de nouveau avec une poussée éruptive, n'ayant pas la même allure que la première. Cette poussée est moins généralisée, plus rouge, moins squameuse, plus pityriasique que la première.

J'ai tenu à montrer ces trois cas, pour attirer l'attention sur les formes variées que présente l'hydrargyrie cutanée, laquelle peut être bénigne ou bien de gravité moyenne, ou bien même dans quelques cas être d'une gravité excessive et entraîner la mort.

J'insiste sur ce fait que malgré la variabilité des accidents il existe toujours dans les hydrargyries des caractères constants qui permettent de reconnaître d'emblée une éruption d'origine mercurielle.

Ces caractères essentiels au nombre de trois, sont : 1° l'érythémie, 2° le suintement, 3° l'exfoliation.

L'éruption peut être d'un rouge plus ou moins foncé, être partiellement ou totalement foliacée ou suintante; il peut y avoir des degrés dans chacun de ces caractères, mais, je le répète, ils sont constants et font immédiatement suspecter l'origine mercurielle d'une éruption.

M. HALLOPEAU. — La première malade présentée par M. Fournier me semble atteinte d'un eczéma séborrhéique de par les caractères cliniques de l'éruption.

M. FOURNIER. — L'aspect objectif est bien celui d'un eczéma séborrhéique; mais il ne faut pas juger de ce qu'a été l'éruption par ce que l'on voit actuellement. Il y a du reste ici une rougeur congestive intense qui n'est pas le fait habituel de l'eczéma séborrhéique.

M. HALLOPEAU. — Je crois que chez cette malade l'état séborrhéique a été une cause prédisposante à l'éruption.

M. FOURNIER. — Je n'ai pas pu constater l'état séborrhéique antérieur de la malade, ne l'ayant vue qu'avec son éruption actuelle.

M. BESNIER. — Pour ma part, j'ai tout lieu de soupçonner que la première malade a eu antérieurement une affection du cuir chevelu. Pourquoi se serait-elle teint les cheveux si elle n'avait pas eu la calvitie précoce si commune dans l'alopecie pityrode.

Syphilis héréditaire tardive chez une malade âgée de 53 ans.

Par M. le Dr FOURNIER.

J'attire déjà depuis longtemps l'attention sur certaines ulcérations des jambes considérées souvent, à tort, comme des ulcérations vari-

queuses simples et qui ne sont autres que des syphilides ulcéreuses tertiaires. Voici un fait qui démontrera que non seulement la syphilis acquise peut les produire, mais encore la syphilis héréditaire.

L'observation de la malade que je vous présente est d'autant plus intéressante que vous verrez chez elle toute une série de lésions oculaires dont l'existence n'a pas, je crois, encore été signalée comme stigmates de la syphilis héréditaire.

Observation recueillie par M. CANUET, interne du service.

Honorine M..., Agée de 53 ans, blanchisseuse, entre à la salle Henri IV, lit 37, le 25 avril 1896. La malade ne peut donner aucun renseignement sur les maladies faites par sa mère, et ne signale rien au sujet de son père; sur six enfants issus de cette famille, il n'en reste que quatre; l'un est mort à l'âge de six ans de *convulsions*; une sœur, *épileptique*, est morte à 24 ans; trois frères sont vivants et bien portants.

Les antécédents personnels sont plus intéressants. Elle a eu dans son enfance des *convulsions* qui se sont prolongées jusqu'à six ans. A onze ans, elle reste couchée plusieurs semaines pour une maladie fébrile dont on ne put déterminer la nature. Il y a quatre ans, elle a été soignée pour des douleurs rhumatismales. Elle n'a été en retard ni pour marcher, ni pour parler. Son développement semble s'être fait régulièrement.

C'est à l'âge de 22 ans qu'est apparue pour la première fois, à la jambe gauche, une « plaie » qui est restée ulcérée quelque temps, puis s'est fermée à la suite d'un traitement local.

A 32 ans, l'ulcération reparait et guérit de nouveau à la suite de pansements occlusifs au diachylon.

A 42 ans, elle est encore soignée pour un accident semblable aux précédents; à partir de ce moment jusqu'à il y a dix-huit mois, l'ulcération se cicatrise et se reproduit plusieurs fois.

Il est impossible d'obtenir les commémoratifs de syphilis acquise.

Actuellement, la malade est affaiblie, anémiée, amaigrie, et présente une série de stigmates qu'on peut rapporter à l'hérédosyphilis. Ce sont :

Des cicatrices;

La vulnérabilité dentaire;

Les malformations oculaires.

On trouve au bras droit cinq cicatrices : l'une occupe le creux de l'aisselle, une seconde siège au niveau de l'articulation du coude (région épitrochléenne); une troisième à la face antérieure de l'avant-bras; une quatrième au niveau du poignet; enfin, une dernière à la face dorsale du pouce. Sur ces différents points, la malade aurait eu, à l'âge de 11 ans, une série de tuméfactions qui se seraient abcédées après avoir atteint, pour les plus volumineuses, la grosseur d'un œuf de poule. Le bras gauche ne présente rien. On voit au cou, du côté droit, une cicatrice analogue à celles du bras. Au niveau de la ceinture, on remarque plusieurs petites cicatrices blanchâtres, sur l'origine desquelles la malade ne peut rien dire. A la région lombaire, dans sa partie inférieure, à la fesse droite, cicatrices d'étendue variable.

La vulnérabilité dentaire a été complète, absolue; à 53 ans, *la malade n'a plus une seule dent*; quelques-unes sont tombées spontanément dès l'âge de 19 ans, d'autres, cassées et douloureuses, ont été arrachées.

En examinant la bouche on voit aussi que le voile du palais est court, peu mobile; au niveau de son insertion supérieure, de chaque côté de la ligne médiane, il existe deux petites dépressions cicatricielles peu marquées, celle de gauche est la plus accusée.

Les malformations oculaires se résument ainsi :

Ectopie pupillaire.

Iridodonsis.

Luxation du cristallin.

Lésions du fond de l'œil.

Les pupilles n'occupent pas leur place normale (*corectopie*), elles sont déviées : la droite, en haut et en dedans; la gauche, directement en haut. Elles sont inégales, la droite est la plus petite.

Les iris présentent un tremblement très marqué (*iridodonsis*). Par la simple inspection, au moindre mouvement des globes oculaires on voit balloter les iris. Leur couleur est vert bleuâtre, mais ils présentent des points plus pigmentés et colorés en roux siégeant dans la grande zone périphérique.

L'examen complet des yeux a été fait par le Dr Sauvineau; voici ce qu'il a constaté après dilatation par l'atropine :

Œil gauche. — Le cristallin est luxé en dedans et un peu en bas, il paraît aussi incliné en arrière par sa partie supérieure; il est transparent, mais non d'une transparence parfaite.

Il existe au fond de l'œil, près et en dehors de la papille optique, une *tache atrophique choroidienne* blanche, présentant en son milieu et sur ses bords des *amas pigmentaires*.

Œil droit. — La pupille se dilate beaucoup moins bien et ne laisse pas voir le bord du cristallin, mais on voit nettement le fond de l'œil qui présente de nombreuses taches d'*atrophie choroidienne* avec amas pigmentaires.

L'examen des oreilles n'a rien donné de particulier.

Quant à la lésion qui amène la malade à l'hôpital, c'est une vaste ulcération de la jambe gauche. La plaie intéresse tout le tour de la jambe et mesure 28 à 30 centimètres dans son plus grand diamètre vertical. Son fond est bourgeonnant, fongueux, rougeâtre sur certains points, crémeux et jaunâtres sur d'autres qui prennent un *aspect bourbillonneux* spécial; on peut compter quatre de ces foyers bourbillonneux.

Les bords taillés à pic sont remarquablement sinueux, composés de *lignes courbes* s'ajoutant bout à bout, pour décrire dans leur ensemble un *trajet aroïforme*. La configuration exacte de l'ulcération est difficile à donner à cause de l'irrégularité des bords.

En effet, on voit le bord inférieur atteindre en dedans la malléole interne, remonter en avant jusqu'à 8 centimètres au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne, redescendre brusquement vers la malléole externe, puis s'élever de nouveau pour franchir la ligne médiane postérieure à 10 centimètres au-dessus du talon, et enfin regagner la malléole interne.

Le bord supérieur, dans son ensemble, forme un angle à sommet inférieur empiétant fortement sur la partie antérieure de l'ulcération, et décrit un peu au-dessous des tubérosités tibiales deux arcades à concavité inférieure et à peu près symétriques.

En dehors des bords, il existe une zone d'inflammation de peu d'étendue et de peu d'intensité, au niveau de laquelle la peau n'est pas épaissie et ne présente pas de pigmentation particulière.

Le membre, dans son ensemble, est œdématié, le pied surtout. Il n'y a pas de varices notables. Le membre droit ne présente pas d'ulcération, mais on y constate un léger degré d'œdème.

La malade ne se plaint que de sa jambe; on ne trouve rien au poulmon ni au foie; les bruits du cœur sont sourds, et à certains moments on peut constater un peu d'érythème, ce qui aurait fait autrefois ordonner à la malade de la digitale.

Ni albumine, ni sucre dans l'urine.

Après dix jours de traitement par l'iodure de potassium, et par le repos (qui d'ailleurs n'a pas été absolu), l'aspect de l'ulcération s'est entièrement modifié: les points bourbillonneux ont disparu, le fond, nettoyé, rouge vif, bourgeonne et n'est plus déprimé, les bords se réparent rapidement, l'étendue de la lésion a notablement diminué.

M. BESNIER. — Au sujet de ces ulcérations, je demanderai à M. Fournier s'il a souvent vu des récidives sur place d'ulcérations syphilitiques.

M. FOURNIER. — J'ai vu la récidive in situ maintes fois. Je me rappelle surtout deux cas: l'un de phagédénisme récidivant, l'autre d'une syphilde crânienne ayant mis à nu la dure-mère.

M. BESNIER. — Ce n'est pas tout à fait la question:

Je déclare simplement que je ne crois pas à la reproduction d'une syphilde sur une cicatrice véritable.

M. HALLOPEAU. — Je ne crois pas, en général, à la récidive au même point, mais au voisinage.

Dermatite herpétiforme au cours de la grossesse (1).

Par M. CANUET.

Je me permets de compléter la communication que j'ai faite au sujet de la malade entrée dans le service de M. le professeur Fournier pour une dermatite herpétiforme au cours de la grossesse.

Les poussées éruptives partielles se sont succédé à peu d'intervalle. Trois semaines avant l'accouchement l'éruption s'est manifestée avec la

(1) Voir: *Bulletin de la Société* (mars 1896).

plus grande intensité, puis elle s'atténue et c'est pendant une période d'accalmie relative que la malade passe à la maternité de Saint-Louis.

Elle accouche normalement d'un enfant paraissant bien constitué.

48 heures après débute une nouvelle et importante poussée. A chaque accouchement la malade en a vu survenir une semblable avec une absolue régularité.

Comme les autres fois, elle apparaît d'abord aux avant-bras et à la région du cou-de-pied, sous forme de bulles volumineuses contenant un liquide transparent; bientôt après ce sont des pustules qui s'ulcèrent, laissant le derme à nu ou recouvert de croûtes jaunâtres.

En évoluant, l'éruption recouvre d'éléments de différents âges toutes les parties du corps; cependant la face, la paume des mains, la plante des pieds sont respectées. A la région postérieure des cuisses, les pustules sont confluentes, au point de former de vastes placards, le cou a été envahi, des macules se sont montrées jusque sur le menton et à la nuque jusqu'aux limites du cuir chevelu. Il ne survient pas de complication et l'éruption suit sa marche accoutumée.

L'examen des urines a été fait; on a pu constater l'hypoazoturie.

Le nouveau-né est mort le treizième jour. Son état général et son poids étaient restés à peu près satisfaisants jusqu'au sixième jour; puis le poids diminuait sans cause apparente, sans diarrhée accentuée, ni accidents pulmonaires; l'enfant s'affaiblit et dépérit à ce point qu'on le met dans une couveuse sans pouvoir le sauver. Telle semble être la règle; en effet, notre malade au cours de ses huit grossesses a été quatre fois atteinte de dermatite herpétiforme et quatre fois l'enfant a succombé; le premier à deux mois, le second à dix jours, le troisième à quinze jours, le quatrième (celui de notre observation) à treize jours.

Son autopsie a été faite par MM. Gastou et Leredde qui en donneront les résultats.

Actuellement, quinze jours après l'accouchement, l'éruption s'atténue mais s'alimente encore discrètement sur certains points. Il est bien probable qu'elle disparaîtra comme les autres fois chez notre malade pour reparaître à l'occasion d'une nouvelle grossesse méritant bien ainsi pour le cas présent, le nom d'*Herpes gestationis*.

Je dois ajouter que la malade vient d'avoir il y a trois jours, brusquement, une poussée érythémateuse, érysipéaloïde à la face.

Il ne s'est pas agi d'un érysipèle vrai, il n'y a eu ni fièvre, ni tuméfaction ganglionnaire et en trois jours tout était terminé.

Note au sujet de la présentation de M. Canuet d'une malade atteinte d'herpes gestationis; examen histologique et bactériologique du sang, des bulles et du pseudo-érysipèle.

Par M. GASTOU.

L'examen du contenu des bulles et du sang, de même que l'étude complète des lésions trouvées à l'autopsie de l'enfant de la malade actuelle

feront le sujet d'un mémoire ultérieur publié en collaboration avec Leredde.

Il m'a paru intéressant de rechercher ce que pouvait bien être bactériologiquement la poussée érythémateuse, d'aspect objectif, érysipélateuse, qu'avait présentée la malade.

Le sang prélevé sur les bords et au centre de la lésion érythémateuse de la joue a démontré la présence d'une grande quantité de leucocytes polynucléaires et d'éosinophiles.

On y notait en outre l'existence de petits éléments, probablement nodulaires, comme granuleux, sur la nature desquels, nous continuerons avec Leredde nos recherches. L'aspect de ces éléments rappelait la configuration d'un noyau de lymphocyte.

L'examen direct du sang sur lamelles reste négatif au point de vue microbien, mais l'ensemencement du sang donne une culture de staphylocoque doré.

Le contenu des vésico-pustules montre également des leucocytes polynucléaires, et des éosinophiles abondants.

L'ensemencement du liquide donne également du staphylocoque doré.

La culture du sang prélevée en des points quelconques du corps reste négative, mais l'examen direct décèle : 1° une quantité considérable de leucocytes mononucléaires ; 2° des éosinophiles ; 3° les petits éléments nucléaires déjà trouvés dans le sang de l'érysipèle.

Ce qu'il y a de particulier chez cette malade, c'est l'abondance des leucocytes mono ou polynucléaires dans le sang et la constatation de l'éosinophilie dans le sang et le contenu des bulles.

Il est à noter également que ni au point de vue clinique, ni au point de vue bactériologique il ne s'est agi d'un érysipèle vrai, mais d'une véritable dermite érysipéatoïde à staphylocoques.

Syphilis acquise infantile.

Par M. CANUET.

L'auteur présente de nouveau une petite malade âgée de 4 ans et demi, qui porte au menton la cicatrice d'un chancre syphilitique, montré à la Société au mois de février.

L'adénopathie sous-maxillaire persiste.

Le diagnostic de chancre infectant porté alors par M. Fournier se trouve confirmé par l'apparition de deux nouveaux symptômes manifestement syphilitiques : une alopecie en clairière très semblable à celle qu'on voit chez l'adulte et des syphilides papulo-érosives péri-anales.

On n'a pas pu fixer la façon dont s'est effectuée la contagion.

Ce fait augmente la liste des chancres extra-génitaux, et il était intéressant de faire le diagnostic en dehors de toute notion étiologique.

Syphilis héréditaire. Arrêts de développement multiples. Infantilisme.

Par M. GASTOU et M. BARASCH.

La malade que nous montrons à la Société est un type de ce que peut faire la syphilis :

1° Comme arrêts de développement et infantilisme, non seulement de taille, mais de tous les organes.

2° Comme altérations dentaires et oculaires.

Elle est en outre intéressante par les éléments éruptifs qu'elle présente au front et à la nuque. Accidents récents et qui ont tous les caractères de forme et de siège des syphilides tertiaires.

OBSERVATION. — C..., cartonnrière, 21 ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort par accident, à l'âge de 32 ans; on ne peut pas apprendre de la mère s'il a eu la syphilis; mais il menait une vie aventurière. Avant la conception de la malade, il aurait eu la *jaimisse*, à la suite d'un voyage en d'Amérique.

Mère dit avoir été toujours bien portante; n'a jamais eu d'éruption, a eu quatre grossesses, pas de fausses couches; le premier enfant, né avant terme à huit mois, est mort après huit jours, sans qu'il ait *présenté aucune maladie*; le deuxième enfant est notre malade; un troisième enfant est bien portant, un quatrième enfant est mort à huit mois sans avoir eu aucune maladie.

Antécédents personnels. — La malade, âgée de 21 ans, a été nourrie par sa mère; est venue à terme. Par des renseignements, sa mère nous dit que dans la première enfance, l'enfant a grandi *lentement, péniblement*, « elle n'arrivait pas à grandir », voici l'expression de la mère; elle a *marché tard*, à 5 ans elle ne marchait pas encore; elle était toujours maigre, elle a eu des *convulsions* à partir de l'âge 8 mois, et à la suite aurait survenu la perte de la vue de l'œil gauche.

A la naissance déjà elle présentait l'œil gauche moins grand que le droit. Elle *louchait* déjà.

Elle a *parlé tard* — à 18 mois; — l'apparition de la première dent *était tardive*, à 18 mois elle n'avait pas encore de dents. A été réglée après 19 ans, très mal réglée.

Pas d'écoulement d'oreilles dans l'enfance.

A l'âge de 8 mois elle aurait eu une éruption sur tout le corps, que la mère a qualifiée d'eczéma, et c'est de là que datent toutes les *cicatrices* qu'elle présente sur le corps.

État actuel. — Tout d'abord on est frappé par l'état d'*infantilisme* de la

malade ; malgré ses 21 ans, elle nous affirme elle-même qu'on ne lui donne jamais plus de 14 ans.

Sa taille ne mesure guère que 1^m,33. La constitution est maigre, le tissu musculaire et adipeux très peu développé, la peau est télangiectasique. Elle présente les *mamelles* presque hypertrophiées.

Sur le corps on aperçoit un grand nombre de *cicatrices*, quelques-unes sur la poitrine ; la malade dit qu'elles sont survenues à la suite de son eczéma qu'elle aurait eu à l'âge de 8 mois ; un grand nombre des cicatrices, dans le dos, dans la région interscapulaire et la région scapulaire gauche. Un grand nombre de cicatrices pareilles dans la *région lombaire* inférieure ; sur les régions *trochantériennes* des deux côtés, qui par leur siège et leur forme ressemblent aux cicatrices de Parrot.

On trouve une *asymétrie très prononcée de la face* ; inégalité de grandeur entre les deux yeux ; l'œil gauche plus petit, la vue y est disparue ; strabisme convergent.

A la bouche, à côté des fissures récentes, qui occupent les deux lèvres ; on voit aux commissures labiales des deux côtés des *cicatrices blanches, linéaires*, qui sont de date ancienne.

Sur le front existe une *éruption papuleuse, papulo-croûteuse* et même tuberculo-croûteuse, très prurigineuse qui borde la limite des cheveux, et s'avance vers la ligne médiane de quelques centimètres.

La nuque est occupée par une série d'éléments exulcéreux et croûteux, formant un cercle à convexité inférieure constitué par une vingtaine d'éléments. Ce groupement circonscrit est à la limite du cuir chevelu. Il a tous les caractères d'une syphilide, que le grattage aurait modifiée.

Les placards éruptifs du front et de la nuque sont très prurigineux. Voici les renseignements que nous a donnés M. Sauvineau sur l'examen des yeux.

Œil droit, sensiblement normal, très léger astigmatisme mixte. Acuité visuelle faible.

Œil gauche diminué de volume, mou, en strabisme interne. La cornée présente à son pourtour un cercle blanchâtre, d'aspect scléreux, plus large à la partie inférieure. L'*iris est changé de couleur*, d'un roux grisâtre. La *pupille est déviée* en bas et en dehors et de forme ovale. On voit, à travers, le cristallin cataracté. La malade y voit fort peu de cet œil.

La lèvre supérieure est mal développée, elle ne recouvre pas complètement l'arcade dentaire supérieure ; défaut d'accommodation des deux arcades dentaires.

Pour les dents on a noté : 1° la *mauvaise implantation* des dents tant à l'arcade dentaire supérieure qu'à l'inférieure ; 2° *malformation dentaire* : le *nanisme des dents incisives* supérieures, l'incisive médiane gauche présente un début d'échancrure en croissant ; *absence de l'incisive latérale droite*. Atrophie de la canine latérale gauche, et *amorphisme* d'une des grosses molaires supérieures.

A l'arcade inférieure, les *dents incisives sont petites*, déjà fortement usées ; leur extrémité libre n'est pas coupante, tranchante comme celle des dents normales, mais aplatie et émoussée sur les bords.

Ce qui domine c'est l'infantilisme dentaire.

Il existe de l'adénopathie sous-maxillaire et cervicale et dans la région sous-maxillaire droite des cicatrices d'abcès anciens.

13 mai. Les éléments du cou se sont rapidement modifiés, très probablement à la suite d'une pommade à l'oxyde de zinc; il en est de même des éléments du front et des lèvres. La malade a été soumise depuis quatre jours à un traitement mixte (2 pilules de Dupuytren et 3 grammes d'iode).

Sensibilité très émoussée par places; il est nécessaire de faire une piqûre profonde pour provoquer une sensation de douleur.

Rien au cœur ni aux poumons.

Pas d'albumine ni de sucre.

Sur une érythrodermie à évolution et caractères anormaux (syphilides desquamatives en nappes généralisées ou dermatite exfoliatrice).

Par M. GASTOU.

La malade dont l'histoire suit est présentée à la Société pour avoir son diagnostic. Il s'agit d'un cas à interprétation difficile. Car d'une part l'aspect objectif rappelle à la fois les syphilides, le psoriasis et une dermatite exfoliatrice, et d'autre part l'histoire clinique manque à peu près complètement.

L'examen histologique lui-même n'a pu trancher la question de diagnostic.

B..., âgée de 70 ans, caissière.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'apoplexie à 71 ans, mère morte à 33 ans de maladie inconnue. La malade n'a eu ni frères ni sœurs.

Antécédents personnels. — Douleurs rhumatismales dans l'enfance. Mariée à 22 ans, elle a eu une petite fille qui est morte en nourrice à trois mois. Elle a fait une fausse couche à 24 ans.

Vers 40 ans, début d'un kyste de l'ovaire qui a été ponctionné six fois de 1874 à 1879. Depuis, pas d'autres accidents.

Maladie actuelle. — Au mois de septembre 1895, douleurs, lourdeurs dans la tête, accentuées surtout le soir, perte d'appétit, pas de maux de gorge. Chute des cheveux à partir du mois de janvier. Surdité brusque en décembre, n'ayant duré que quinze jours.

En janvier, guérison de la surdité et de la céphalée, mais coryza intense et début d'une affection oculaire pour laquelle on l'opère en mars. Cette affection est, d'après M. Sauvinau, une iritis double.

On lui a fait une iridectomie supérieure à l'œil droit. Elle a actuellement des synéchies totales et des exsudats pupillaires; elle est presque complètement aveugle.

L'éruption actuelle aurait débuté en octobre 1895 par des taches rouges, ressemblant, dit la malade, à des piqûres de cousin.

Ces taches non prurigineuses siégeaient d'abord aux poignets. Dans l'espace de quatre mois elles ont envahi tout le corps.

Il reste peu d'étendue de peau saine. L'éruption est constituée par une nappe de placards agglomérés. Ces placards sont orbiculaires, leur centre est pigmenté, brun, noirâtre, lisse, voire même comme plissé par places ; le pourtour est constitué par une bordure occupant le tiers au moins de l'étendue du placard, cette bordure est d'un rouge vineux, sombre et recouverte de squames irrégulières de forme, peu épaisses, plus séborrhéiques ou herpétiformes que psoriasiformes.

Le bord des placards est nettement limité, c'est un bord incisif, une véritable ligne de frontière. L'éruption n'existe presque pas à la face, elle est au contraire confluyente sur le corps. Surtout congestive aux membres inférieurs.

Il n'y a pas de sucre, dans les urines, mais une légère quantité d'albumine. Le cœur, les poumons, le tube digestif fonctionnent normalement, kyste de l'ovaire volumineux.

Pas de troubles du système nerveux. Aucun antécédent syphilitique héréditaire ou personnel net.

Examen biopsique. — Résumé : Les caractères présentés par les coupes sont ceux d'une dermite totale et diffuse.

L'épiderme est atrophié par places, avec des éléments de formations cavitaires que l'on rencontre jusque dans la profondeur du corps muqueux. Disparition par places de la couche granuleuse.

Infiltration papillaire intense, dilatation vasculaire. Infiltration leucocytaire périvasculaire, périglandulaire, périfolliculaire. Endo-périartérite et thromboses sanguines veineuses avec leucocytes polynucléaires. Dilatations lymphatiques, œdème du tissu sous-papillaire très intense. Présence de cellules œsinophiles et de mastzellen. Pas de cellules géantes ni de nodules embryonnaires. Pas de microbes.

M. DARIER. — L'examen des coupes, dans le cas de M. Gastou, demande à être fait très longuement. Peut-être pourrait-on histologiquement suspecter la syphilis.

Sur un nouveau cas de maladie de Darier et ses rapports avec la dystrophie papillo-pigmentaire.

Par H. HALLOPEAU.

Bien que ce type morbide ait été antérieurement observé par Ollivier, par Lailler, par M. Besnier et signalé par nous-même (présentation inaugurale de la réunion des médecins de Saint-Louis en 1888) sous le titre d'*espèce particulière d'acné sébacée concrète avec hypertrophie*, nous croyons devoir lui conserver le nom de *maladie de Darier* par les raisons suivantes : c'est notre collègue qui, le premier, en a donné une description complète ; il y a fait connaître, sous le nom de *psorospermosé*, une altération qui le caractérise anatomiquement et

permet d'en faire le diagnostic; le nom de *psorospermose folliculaire* ne peut être conservé, puisque, du consentement unanime des auteurs qui s'en sont occupés, il ne s'agit pas de psorospermies; enfin, le nom de *maladie de Darier* est universellement employé à l'étranger et il est entré dans le langage médical courant.

Le malade que nous avons l'honneur de vous présenter aujourd'hui comme atteint de cette dermatose, présente quelques particularités sur lesquelles nous nous permettrons d'appeler l'attention.

Le nommé Guér..., âgé de 61 ans, couché au n° 34 de la salle Bazin, est manifestement *minus habens* et ne donne que des renseignements très incomplets sur ses antécédents: il affirme cependant que sa santé antérieure a été généralement bonne et que sa maladie actuelle n'a commencé qu'il y a peu de mois. Exerçant la profession de charretier, cet individu est de taille et de constitution moyennes.

La plus grande partie de sa surface cutanée est le siège d'altérations.

Une tuméfaction considérable, avec renversement en dehors, de la lèvre inférieure et un certain degré de prognathisme que cette hypertrophie exagère, en apparence donnent à son visage un aspect tout particulier, presque anthropoïde.

L'aspect de cette lèvre inférieure rappelle celui du syphilome hypertrophique: ce sont ces altérations qui attirent, en premier lieu, l'attention; le malade affirme, d'ailleurs, qu'il a toujours eu la bouche faite ainsi.

En examinant la face muqueuse de cette lèvre, on y voit des traînées érythémateuses entremêlées de taches décolorées et indurées; en outre, on y constate, par l'inspection et par le toucher, la présence de nombreux nodules isolés ou agminés, résistant à la pression: leur volume varie entre celui d'un grain de millet et celui d'un grain de chènevis; ces mêmes nodules existent, plus saillants et nettement détachés, sur la face muqueuse de la lèvre supérieure; on en trouve également quelques-uns sur la face interne des joues, au voisinage des commissures. Plusieurs d'entre eux présentent, dans leur partie centrale, une dépression punctiforme, d'où l'on voit sortir une goutte de liquide visqueux: il n'est donc pas douteux qu'il ne s'agisse là de glandes muqueuses considérablement hypertrophiées.

La peau du nez est rouge et épaissie; les orifices sébacés y sont dilatés.

A la partie postérieure des joues, on voit des nodosités résistantes au toucher, moins colorées que les parties avoisinantes. Un certain nombre d'entre elles présentent, dans leur partie médiane, un orifice sébacé plus ou moins dilaté.

Ces mêmes saillies nodulaires sont abondantes dans les téguments sous-jacents aux paupières inférieures; ceux-ci sont tuméfiés, les plis cutanés y sont normalement accentués.

Au niveau des commissures labiales, on voit les mêmes nodosités saillantes; on les retrouve plus volumineuses au-devant de l'oreille gauche; elles sont également très nombreuses dans le sillon rétro-auriculaire et la partie postérieure de la conque; de nombreuses dilatations punctiformes se trouvent dans la peau qui tapisse la face interne de cette

conque; les mêmes altérations existent à droite, un peu moins prononcées. Les vaisseaux du visage, surtout ceux des joues, sont très dilatés.

L'exagération très prononcée des plis de la face, particulièrement au front, contribue, avec le gonflement des paupières qui a rapetissé les yeux et la saillie buccale, à donner à cette physionomie un aspect des plus étranges.

Le cuir chevelu est le siège de nombreuses dépressions longitudinales; sur les parties saillantes qui les entourent, on perçoit une induration et l'on constate une dilatation des orifices pilo-sébacés; il y a, en outre, un certain degré de desquamation.

Ces sillons sont pour la plupart antéro-postérieurs; la chevelure paraît plus épaisse à leur niveau: c'est une illusion d'optique due à l'entrecroisement des cheveux implantés sur les faces déprimées des sillons.

On remarque aussi, sur le cuir chevelu, un certain nombre de papules surmontées de croûtelles.

Au cou, et particulièrement sur ses parties latérales, on constate des altérations diffuses; elles consistent surtout en une coloration bistrée; il s'en détache des saillies nodulaires du volume d'un grain de chènevis, violacées, érythémateuses; leur partie centrale présente souvent, soit un poil, soit une dépression avec concrétion d'apparence séborrhéique; elles sont isolées ou confluentes; des éléments plus petits, miliaires, se groupent en cercles irréguliers.

Dans le dos, les altérations occupent surtout la région médiane en s'étendant latéralement jusqu'au bord interne de l'omoplate; elles consistent surtout en des élevures, bistrées pour la plupart, agminées en groupes irrégulièrement circulaires. Un certain nombre sont surmontées de fines croûtelles qui paraissent le plus souvent correspondre à des orifices sébacés.

Dans la partie inférieure de la région dorsale et aux lombes, ces élevures sont confluentes en larges placards, tout en restant pour la plupart distinctes. Leur consistance est ferme, presque cornée; elles sont violacées, livides et parsemées de dépressions d'aspect cicatriciel; il n'est pas rare de les voir disposées en séries curvilignes; on note quelques traces de grattage dans la région lombaire.

Les mêmes altérations existent sur les parties antérieure et latérales du tronc.

Dans les flancs, les papules sont isolées ou groupées, soit en cercles, soit en anneaux irréguliers; elles sont remarquables par leur coloration bistrée et livide, ainsi que par les croûtelles qui les surmontent. Beaucoup de saillies présentent, dans leur partie centrale, des dépressions punctiformes.

La peau de l'ombilic et de son pourtour est érythémateuse et parsemée de saillies nodulaires.

Dans le sillon interfessier, les plis sont très exagérés; les téguments sont indurés; on y voit un très grand nombre de saillies nodulaires de coloration érythémateuse ou bistrée; leur volume augmente à mesure qu'on se rapproche de l'anus; près de l'orifice, une de ces saillies atteint les dimensions d'une grosse lentille; elle est très résistante au toucher.

Les saillies sont très abondantes dans la région sus-pubienne; elles s'y groupent en placards dont l'aspect rappelle celui de l'eczéma sec.

Les lésions sont très prononcées dans les creux axillaires; on y voit, à côté des saillies nodulaires, des placards à contours nets d'apparence également eczémateuse; ils desquament.

Aux membres supérieurs, les altérations occupent les faces internes des bras, les plis des coudes et presque toute la surface des avant-bras; elles consistent surtout en une coloration bistrée mélangée d'érythème avec épaissement des plis de la peau et desquamation légère; de nombreuses papules plus ou moins colorées, d'aspect lichénoïde, s'en détachent; quelques-unes ont un poil dans leur partie médiane; elles s'accroissent de haut en bas; au-dessus des poignets, sur la partie antéro-inférieure des avant-bras, elles sont notablement plus dures, plus saillantes, criblées de dépressions punctiformes; on en retrouve un petit nombre dans les paumes des mains; plusieurs y sont comme translucides; dans ces dernières régions, les saillies formées par les crêtes papillaires sont beaucoup plus accentuées qu'à l'état normal; il en est, par suite, de même des sillons qui les séparent.

Sur le dos des mains, on remarque une coloration érythémateuse avec dilatation des orifices pilo-sébacés; de très fines et innombrables dépressions punctiformes donnent à ces régions un aspect granité tout particulier; il est surtout très prononcé sur les faces dorsales des doigts; il faut signaler encore, sur le dos des mains, la présence de saillies dont quelques-unes ont l'apparence de verrues; elles sont nombreuses au niveau des espaces interdigitaux.

La striation verticale des ongles est exagérée.

Dans les régions inguinales, les saillies nodulaires sont très développées.

Les altérations sont relativement moins prononcées au niveau des membres inférieurs; cependant, on y retrouve les mêmes saillies nodulaires avec coloration bistrée sur les parties antéro-internes des cuisses et à la partie postérieure des jambes où elles atteignent, par places, le volume d'une lentille; elles sont isolées ou agminées; leur couleur est d'un brun jaunâtre; à la partie interne de la jambe, un de ces placards est devenu végétant; irrégulièrement quadrilatère, il forme une élévation de 3 à 4 millim.; son plus grand diamètre mesure environ 1 centimètre et demi; sa consistance est ferme; sa surface hérissée de saillies miliaires.

Il n'y a pas d'adénopathies.

Le centre du dos de la langue est hérissé de papilles villeuses très allongées.

Il n'y a pas de signes d'affections viscérales autres qu'une bronchite généralisée avec submatité et expiration rude au sommet gauche.

M. Darier, qui a bien voulu se charger de l'examen histologique, va en donner le résultat; notons seulement qu'il y a trouvé ses pseudosporospermies et que par conséquent il s'agit, sans contredit, de sa maladie.

On était d'ailleurs conduit par la clinique au même diagnostic: les

localisations de la dermatose, au visage, dans les régions temporales, péri-oculaires et auriculaires, leur distribution sur le tronc, leur prédominance dans les creux articulaires, le caractère des lésions élémentaires constituées surtout par des élevures papuleuses bistrées et recouvertes de minces croûtelles, la coexistence de saillies d'apparence acnéique avec hypertrophie, ne pouvaient guère laisser de place au doute ; nous avons cependant été frappé de l'analogie que présentent ces altérations avec celles de la maladie appelée par Pollitzer *akanthosis nigricans* et par Darier *dystrophie papillaire et pigmentaire* et que nous dénommerons *dystrophie papillo-pigmentaire* en modifiant ainsi légèrement l'appellation de Darier ; notre collègue a signalé déjà, à plusieurs reprises, les traits communs à ces deux dermatoses ; ils ont été également mis en relief tout récemment par Kutnizky dans un excellent travail sur l'*akanthosis* ; ils sont des plus remarquables chez notre malade : ce sont les mêmes localisations, la même couleur bistrée, les mêmes saillies papuleuses autour de l'ombilic et dans le sillon interfessier, si bien qu'on pourrait le considérer comme représenté à cet égard par la planche de Janowski où sont figurées les lésions de l'*akanthosis* ; il faut ajouter l'aspect vilieux si remarquable de la face dorsale de la langue et aussi l'état granité du dos des mains, ainsi que l'exagération des crêtes papillaires dans leurs faces palmaires ; la coexistence, dans les deux maladies, d'altérations aussi particulières conduit à se demander si les deux types morbides ne présentaient pas des modalités différentes d'une seule et même dermatose. Le signe donné comme différentiel par Kutnizky, nous voulons parler de l'absence de saillies papuleuses dans la dystrophie papillo-pigmentaire, ne peut être considéré comme ayant une valeur décisive ; il faudrait attacher plus d'importance à l'absence dans cette maladie des pseudo-psorospERMoses, et surtout à la coïncidence constante de cette dermatose avec un cancer viscéral ; mais les observations ne sont pas encore assez nombreuses pour que l'on puisse dire qu'il en est toujours ainsi ; nous considérons donc, pour notre part, la question comme encore à l'étude.

Comme manifestation anormale de la maladie de Darier, nous signalerons la présence, dans la muqueuse labiale, de ces nodules représentant autant de glandes muqueuses hypertrophiées : leur analogie est telle avec les altérations cutanées voisines que nous ne pouvons croire à une simple coïncidence : il y a donc là un trait nouveau à ajouter à la symptomatologie de cette dermatose.

**Note sur l'anatomie pathologique
de la maladie dite « Psorospermose folliculaire végétante »
à propos d'un cas nouveau.**

Par J. DARIER.

Je tiens tout d'abord à remercier M. le Dr Hallopeau de m'avoir invité à examiner le malade qui fait l'objet de la précédente communication et chargé de l'étude histologique de ses lésions cutanées.

J'estime que l'analyse clinique du cas permet, à elle seule, d'affirmer sans grand risque d'erreur, qu'il s'agit ici de la maladie dite « Psorospermose folliculaire ». Malgré les publications récentes, cette maladie reste relativement rare ; il en existe dans la science une vingtaine de cas authentiques et quelques-uns de douteux. Le malade de M. Hallopeau offre cet intérêt particulier que les lésions sont certainement d'origine récente ; et pourtant elles sont parfaitement reconnaissables.

Je ferai remarquer qu'au niveau des foyers d'élection (dos, flancs, région présternale, sillon interfessier) les éléments éruptifs sont tout à fait typiques ; au cuir chevelu on trouve çà et là quelques masses cornées enchâssées dans une petite dépression ; à la paume des mains les crêtes papillaires sont saillantes et l'on voit apparaître quelques petits épaissements cornés punctiformes.

Les ongles ne sont que fort peu encore altérés. La muqueuse linguale est villeuse.

Mais on constate en même temps l'existence de modifications atypiques, au niveau du cou et sur les avant-bras notamment ; ces dernières ont une analogie frappante avec celles de la dystrophie papillaire et pigmentaire (akanthosis nigricans). J'ai eu soin, dans une communication précédente, d'insister sur les analogies remarquables ainsi que sur les dissemblances fondamentales qui existent entre ces deux maladies.

Quant aux lésions labiales il me paraît difficile de dire si elles sont ici en relation avec les altérations cutanées, d'autant plus qu'elles ont débuté plus de quinze ans auparavant.

Il était intéressant de confirmer péremptoirement le diagnostic clinique au moyen d'une biopsie et j'ai saisi avec empressement l'occasion qui m'était offerte de contrôler sur un cas récent mes recherches antérieures et celles qui ont été faites depuis lors par plusieurs histologistes.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — J'ai excisé sur le dos un petit groupe d'éléments croûteux, brunâtres, entourant deux follicules pileux (fixation à l'alcool, enrobement à la paraffine, coupes en séries colorées par un grand nombre de réactifs divers : picro-carminate, hémateïne, éosine

Säurefuchsin, acide picrique, Wasser-blau, orcéine, bleu de Unna, violet de Weigert, etc. Les préparations au micro-carminate et celles à l'hématéine, Säurefuchsin et acide picrique, sont particulièrement réussies.

L'examen des coupes permet de reconnaître d'emblée qu'on se trouve en présence d'un cas légitime de « *Psorosperose folliculaire végétante* » (1). Il me paraît superflu de donner une description d'ensemble des lésions, cette description ayant été faite souvent ; je me bornerai à parler d'un certain nombre de points qu'on m'a reproché d'avoir négligés dans mes premières publications ou qui sont restés litigieux.

1° *Siège folliculaire des lésions.* — Les biopsies pratiquées sur mes deux premiers cas personnels m'avaient montré une prédilection remarquable des lésions pour l'orifice des follicules pilo-sébacés ; mais j'avais signalé dès l'origine que cette localisation n'est pas exclusive et qu'on trouve aussi bien des éléments loin des follicules, au niveau des orifices sudoripares, ou en un point quelconque de l'épiderme. Mes coupes du cas actuel montrent des follicules pileux sains venant s'aboucher tout juste entre des foyers morbides qui les entourent de fort près. Il est donc vrai qu'il n'y a pas au début une prédilection très marquée de l'affection pour les orifices folliculaires.

2° *Bouchons cornés.* — Du moment que l'élément qu'on examine n'est pas à l'orifice d'un follicule, l'expression de « bouchon » n'est plus exacte et il est préférable d'appeler « masses kératoïdes » les amas de cette substance particulière qui s'élève au-dessus des foyers morbides et remplace ou infiltre à leur niveau la couche cornée. Ces masses ne sont pas toujours très saillantes, étant fréquemment enchâssées dans une dépression de l'épiderme. J'avais signalé l'apparence que prennent ces masses kératoïdes après l'action du micro-carminate, de l'hématoxyline, des carmins et de l'acide osmique ; j'ajoute que de nombreux réactifs (entre autres Säurefuchsin, Wasser-blau, etc.) leur donnent une coloration spéciale ; elles sont denses, réfringentes, kératoïdes, mais n'ont pas la constitution d'une couche cornée normale. Qu'elles soient, ou ne soient pas constituées « en majeure partie » par des « grains », il importe peu et le nombre de cellules cornées normales interposées est sans doute variable suivant les cas et suivant les éléments qu'on étudie ; mais par dissociation de ces masses j'ai toujours trouvé des « grains » en nombre considérable et je persiste à croire que la dissociation d'une de ces masses kératoïdes peut suffire à confirmer le diagnostic s'il est douteux.

3° *Fissuration du corps muqueux.* — Dans mon premier travail, aussi bien que dans l'*Atlas International* j'ai eu soin de mentionner

(1) DABIER. *Annales de Dermatol. et de Syphiligr.*, 25 juillet 1889, et *Atlas Internat. des maladies rares*, fasc. VIII, 1896.

soit dans le texte, soit à l'explication des figures, que le corps muqueux de Malpighi est, au niveau des lésions, « désagrégé par rupture des filaments d'union, fissuré et creusé de lacunes ». C'est là une lésion sur l'importance de laquelle Buzzi et Boeck ont surtout insisté ; Petersen au contraire la considère comme produite artificiellement par le durcissement des pièces, et pour lui elle ne fait pas partie du processus anatomique ordinaire de la maladie. L'étude du cas actuel, qui, je le rappelle, est de début très récent relativement à ceux que j'ai examinés autrefois, me conduit à maintenir ma première description et, en désaccord avec Petersen, à attacher une certaine valeur à cette fissuration du corps muqueux.

Dans tous les petits foyers morbides que je rencontre sur mes coupes, la désagrégation du corps muqueux est tout à fait frappante. En nombre de points la couche de cellules cylindriques reste seule attachée aux papilles ; ces cellules sont souvent réduites de volume, et un peu déformées, rarement en karyokinèse. Les autres rangées des cellules du corps muqueux sont « désagrégées par rupture des filaments d'union » et cela même au niveau des espaces interpapillaires. Dès lors elles s'accumulent en amas désordonnés, ou bien elles flottent isolément ou par petits groupes, dans un espace qui vraisemblablement devait contenir du liquide ; cet espace, cette « vésiculette » irrégulière renferme en outre des granulations ou des filaments granuleux de nature fibrineuse ou muqueuse qui se disposent en traînées et souvent rattachent entre elles des cellules flottantes. Quant aux cellules elles-mêmes, elles ont subi des altérations que je dirai plus loin. Que sont ces fissures ou « vésiculettes » ? Je rappelle que ma pièce a été fixée par l'alcool qui peut avoir rétracté les éléments, mais qui n'aurait pas produit un exsudat fibrineux ou muqueux ; j'ajouterai que mes coupes faites après inclusion à la paraffine ont été collées sur la lame par l'albumine ce qui exclut la possibilité de la chute d'un certain nombre d'éléments pendant les manipulations. Il me semble que ces cavités ou lacunes ne sont produites ni artificiellement ni mécaniquement, qu'elles ne résultent pas d'une irritation causée par la pression des masses kératoïdes, car nous connaissons des kératoses ponctuées qui n'amènent aucune vacuolisation sous-jacente ; je pense que le processus qui leur donne naissance est intimement lié à l'altération que subissent les cellules malpighiennes ; j'y reviendrai donc dans un instant.

4° *Couche granuleuse.* — On la voit interrompue au niveau des lésions, tout au moins dans sa continuité régulière : l'éléidine (kératohyaline) au lieu de se trouver dans les cellules occupant toutes le même niveau, fait défaut, ou bien plus souvent, apparaît dans des éléments isolés ou rapprochés par petits groupes qui siègent soit à la hauteur du corps muqueux, et notamment dans les lacunes que je

viens de citer, soit à la hauteur ordinaire, soit au-dessus dans les assises inférieures des masses kératoïdes. On ne peut donc dire qu'il y a ici *parakératose* qu'à la condition de ne pas attacher à ce terme le sens étroit que lui attribuent certains auteurs, lesquels le réservent pour la kératinisation sans intervention d'éléidine.

5° *Derme*. — Dans les points du derme et du corps papillaire correspondants aux foyers morbides se voient des cellules accumulées qui sont de petites cellules conjonctives, des mastzellen en grand nombre et des leucocytes ; en dehors de points assez limités, leur abondance est médiocre. Les papilles sont manifestement allongées et très rapprochées les unes des autres, peut-être simplement par l'effet de la diminution de largeur des bourgeons interpapillaires ; il en résulte un aspect remarquablement « végétant » du fond des foyers pathologiques. Les vaisseaux ne semblent pas manifestement dilatés. Il y a du pigment en abondance disséminé dans les parties les plus superficielles du derme ; le pigment est aussi sensiblement plus abondant que d'ordinaire dans la couche cylindrique soit au niveau, soit au voisinage des fissures.

6° *Corps ronds, grains. Processus pathologique*. — Il me reste à parler des éléments spéciaux dont j'ai donné le premier la description et sur la nature desquels il a été tant discuté. Je maintiens qu'ils constituent la caractéristique de cette maladie, non pas qu'on ne puisse rencontrer dans d'autres affections (irritations épithéliales artificielles, verrues, cornes cutanées, maladies de Paget, épithéliomes divers, zona, etc.), des éléments isolés très analogues ou même identiques, mais parce qu'ici ils forment par leur abondance le fond même de la lésion. Dans le cas actuel les petits foyers me montrent avec la plus grande netteté les « corps ronds » et les « grains », plus abondants, plus variés d'aspect, plus faciles à étudier après des colorations diverses que dans mes cas anciens.

J'ai dit plus haut que les masses kératoïdes sont constituées en bonne partie par des « grains », c'est-à-dire des corpuscules durs, ovalaires ou polyédriques, dans lesquels il est souvent possible de déceler un noyau à l'aide des colorants électifs. Les « corps ronds » se voient de préférence au-dessous des masses kératoïdes, dans le plafond des vésicules que j'ai signalées, ou mieux encore sur les parties latérales de ces foyers de désintégration.

D'une étude attentive de mes nouvelles préparations il me semble ressortir que la modification primordiale consiste dans la dégénérescence, la désintégration granuleuse, je dirais même la liquéfaction d'un certain nombre de cellules du corps muqueux au-dessus de la couche cylindrique. Toujours est-il que je vois un certain nombre de ces cellules dont le corps protoplasmique devient indistinct, déchiqueté sur les bords, se continuer avec la matière amorphe et granu-

leuse qui existe dans les lacunes ; cette dernière matière ne m'a donné nettement ni les réactions de la fibrine, ni celles de la mucine. Le noyau des cellules ainsi altérées est souvent pâle, mal colorable et finit même par disparaître.

D'autres cellules du même étage subissent un autre sort : sous l'influence d'une réaction vitale peut-être, on voit se former dans leur protoplasma une coque d'une substance réfringente, qui sur la coupe optique se présente comme un anneau : celui-ci, de largeur variable, tantôt enveloppe directement le noyau, tantôt en est séparé par une zone de protoplasma clair, en sorte qu'on a sous les yeux une vésicule formée par une membrane à double contour, et un contenu clair renfermant un noyau central ou rejeté sur le côté. Parfois, en dehors de la membrane réfringente persiste une portion du protoplasma qui est devenu clair, qui « s'effiloche » si la cellule flotte dans le liquide de la lacune, qui forme au contraire un globe limité par les cellules voisines lorsque l'altération atteint un élément isolé au milieu d'autres restés intacts ; ces derniers peuvent s'incurver autour de la cellule dégénérée comme les cellules d'une perle épidermique autour de son noyau central.

Ainsi les grains paraissent résulter de la transformation du protoplasma de cellules malpighiennes en une coque réfringente appliquée contre le noyau ; les « corps ronds », de la production d'une coque de même nature séparée du noyau par une substance demi-liquide et parfois entourée extérieurement par une zone de cette même substance. On comprend que ces corps ronds puissent avoir l'apparence d'être intracellulaires ; il m'a paru, sans que je puisse expliquer le fait, qu'en réalité ils sont quelquefois compris dans une autre cellule nucléée.

J'ai, bien entendu, fait intervenir les réactifs qui colorent électivement la substance cornée pour savoir s'il s'agissait de coques de kératine ; j'ai obtenu des résultats inconstants et incomplets, comme si cette coque pouvait être tantôt franchement cornée, tantôt imparfaitement kératinisée.

En revanche, les réactifs qui colorent l'éléidine (hématéine, carmin, etc.) m'ont montré nettement que cette substance peut intervenir, de même qu'elle peut parfaitement manquer dans ce processus. Souvent l'éléidine apparaît en amas serrés autour du noyau d'une cellule qui se transforme en « grain » ; souvent aussi les corps ronds renferment de l'éléidine en granulations, soit dans la coque réfringente, soit dans le contenu clair, soit à la surface du noyau inclus. D'autres fois, on n'aperçoit point d'éléidine dans des éléments ayant à tout autre égard la même conformation.

7° *Nature de la maladie.* — De la description précédente, il ressort que les faits qu'il m'a été permis de constater récemment ne plaident guère en faveur de l'interprétation que j'avais admise autre-

fois et selon laquelle les « corps ronds » et les « grains » seraient des psorospermies ou coccidies, c'est-à-dire des éléments étrangers parasitaires. Ces faits conduisent au contraire à considérer ces singulières formations comme des cellules malpighiennes altérées; il semble qu'elles résultent d'une kératinisation anormale dans son mécanisme, dans sa topographie et même dans son produit ultime qui n'est pas de la kératine ordinaire. Cette altération est peut-être en connexion avec la liquéfaction du protoplasma de quelques autres cellules, telle que je l'ai signalée; peut-être l'agent nocif qui détruit quelques éléments en incite-t-il d'autres à subir hâtivement et irrégulièrement les modifications qui conduisent à la production d'éléidine et de kératine? Je ne suis pas éloigné aujourd'hui d'adopter cette manière de voir, qui ne diffère qu'à quelques nuances près de celle qu'ont soutenue Boeck, Buzzi, Petersen et d'autres.

Toutefois je dois faire remarquer que cette opinion ne repose elle-même que sur une *interprétation* des images fournies par l'examen microscopique, et qu'en dehors des formes que j'ai décrites dans cette note, il y en a qui restent difficiles à expliquer même avec l'hypothèse d'une *anomalie de kératinisation des cellules*.

Il reste à trouver la cause première de cette anomalie, à expliquer pourquoi elle atteint certaines cellules indépendamment de leurs voisines. A cet égard, je dirai que, quoique l'évolution clinique de la maladie ne conduise pas du tout forcément à un soupçon de ce genre, j'ai cherché avec soin des parasites, microbes ou autres, dans tous les points de l'épiderme malade et surtout dans les lacunes et vacuoles, et cela vainement. J'ai trouvé des bacilles-bouteilles à la surface de l'épiderme corné (le malade est séborrhéique), mais je n'ai rencontré aucun élément qu'il soit possible de considérer comme étant un agent pathogène.

Sur trois cas d'ulcous rodens.

Par H. HALLÉPEAU et ANDRÉ JOUSSET.

Nous observons assez fréquemment à Saint-Louis le type morbide décrit sous ce nom par les auteurs anglais. Sur les trois cas qui font l'objet de cette présentation, l'un est en tout conforme à la description classique; c'est celui que nous vous mettons sous les yeux; il a débuté, il y a 17 ans, par une ulcération du volume d'une lentille sur l'arcade sourcilière du côté gauche; après être restée pendant plusieurs années stationnaire, elle s'est progressivement agrandie, tout en se cicatrisant partiellement; actuellement, on voit, sur le côté droit du front, au-dessus du sourcil, une cicatrice décolorée et légèrement

déprimée; elle se continue, à gauche, avec une vaste ulcération à contours polycycliques, à rebord induré, recouverte de croûtes noirâtres, elle occupe toute la partie interne de la moitié gauche du front. La santé générale est bonne; il n'y a pas de traces d'adénopathies.

Notre second malade, couché au n° 41 de notre salle Bazin, est atteint d'altérations notablement différentes; son histoire peut être résumée ainsi qu'il suit :

Auguste M..., âgé de 67 ans, salle Bazin, lit 41, n'a pas d'antécédents héréditaires.

Le malade a eu une assez bonne santé jusqu'en 1892, à part quelques poussées d'eczéma de la face survenues de temps en temps et une syphilis très ancienne non suivie d'accidents tertiaires.

L'ulcération actuelle a eu pour origine la formation de boutons distribués au pourtour de l'orifice nasal, devenus en quelques mois très saillants, puis ulcérés, notamment au niveau de la narine gauche. Ces premiers faits remontent à environ trois ou quatre ans.

Mais la marche du mal très lente n'a nécessité l'entrée de ce malade dans le service qu'au mois de juillet dernier, la narine gauche commençant à subir une forte perte de substance sur son bord libre.

Aujourd'hui, on constate une destruction presque totale du lobule du nez; l'organe n'est plus figuré que par une saillie triangulaire à base inférieure. La narine droite, complètement détruite, n'est plus représentée que par un bourgeon externe de tissu cicatriciel, avec quelques croûtelles eczéma-teuses, mais sans ulcération, tandis qu'à gauche on remarque une plaie anfractueuse de 12 millim. de profondeur, assez régulière, arrondie et présentant environ 4 centim. de diamètre.

Elle s'étend de la partie supérieure du sillon naso-génien jusqu'au milieu de la joue; son bord inférieur correspond au niveau de l'ouverture nasale fortement surélevée par le fait de la destruction des extrémités cartilagineuses du lobule.

Le fond de cette plaie ulcéreuse est moitié sanieux, moitié rouge sombre et à surface tourmentée. Le pourtour est éversé sur les parties saines avoisinantes.

On note à la partie interne de ce rebord, sur le versant gauche du nez, une tumeur du volume d'une petite noix, mesurant 3 centim. transversalement sur 18 millim. de hauteur verticale; sa consistance est ferme; un sillon très marqué la sépare de ce qui reste de l'aile du nez correspondante, à savoir une surface quadrilatère n'ayant plus rien de la forme normale de la partie. La tumeur limite un orifice qui s'étend de sa portion inférieure libre jusqu'à la partie osseuse du nez, les cartilages latéraux ayant complètement disparu.

L'état général est relativement satisfaisant. L'affection est pourtant assez douloureuse. On ne note pas d'adénopathies.

La marche lente des accidents, le bourrelet qui entoure l'ulcération, la cicatrisation durable d'une partie des lésions, l'absence d'adénopathies et la conservation d'un état général satisfaisant permettent de

porter encore ici le diagnostic d'*ulcus rodens*; mais il faut noter, comme particularités, le pouvoir destructif du processus : nous avons vu en effet que le lobule du nez a presque entièrement disparu; d'autre part, le bourrelet d'extension est tellement prononcé sur le côté gauche du nez qu'il constitue une véritable tumeur : c'est là un fait exceptionnel dans cette maladie. Nous signalerons enfin les vives douleurs qu'accuse le malade et qui empêchent l'application de topiques modificateurs : il en résulte une impuissance thérapeutique, car les lésions sont trop étendues, et surtout trop profondes, pour que l'on puisse penser à une ablation.

Les médications qui nous donnent jusqu'ici les meilleurs résultats sont les applications permanentes de compresses imprégnées, soit d'une solution concentrée de chlorate de soude, soit d'une solution forte de résorcine.

Dans un troisième fait qui s'est présenté ces jours derniers à notre policlinique, la lésion occupe toute la moitié inférieure du côté gauche du nez et s'étend sur les joues; l'aile du nez est en grande partie détruite; l'orifice nasal est très rétréci; les lésions ne sont plus représentées que par des cicatrices; sauf à la périphérie du côté de la joue où elles sont circonscrites par un bourrelet dur et saillant et au niveau du pli naso-labial où se trouve une ulcération profonde de 50 centimètres de diamètre. Toute la masse cicatricielle est adhérente au squelette sous-jacent et ne peut être déplacée. Il n'y a pas d'adénopathies.

Ces trois faits sont remarquables par la tendance des lésions à former des cicatrices durables coïncidant avec la production d'ulcérations profondes récidivant *in situ*: il y a là un singulier contraste.

Deux cas d'anévrysmes syphilitiques.

Par M. GEORGES BROUARDEL.

La syphilis fait fréquemment des artérites des petites artères. Voici deux observations qui montrent qu'elle peut aussi donner naissance à des artérites des grosses artères telles que : l'aorte et l'artère fémorale.

Obs. I. — *Syphilis en 1868. Anévrysme de l'artère fémorale opéré en 1895. Syphilides tuberculo-ulcéreuses de la jambe droite.*

Le nommé L. H. Z..., âgé de 57 ans, ajusteur, entre dans le service de M. le professeur Fournier le 4 mai 1886. Il est couché dans la salle Saint-Louis, lit n° 12.

Antécédents héréditaires. — Le père de notre malade est mort à 42 ans,

déprimée; elle se continue, à gauche, avec une vaste ulcération à contours polycycliques, à rebord induré, recouverte de croûtes noirâtres, elle occupe toute la partie interne de la moitié gauche du front. La santé générale est bonne; il n'y a pas de traces d'adénopathies.

Notre second malade, couché au n° 41 de notre salle Bazin, est atteint d'altérations notablement différentes; son histoire peut être résumée ainsi qu'il suit :

Auguste M..., Agé de 67 ans, salle Bazin, lit 41, n'a pas d'antécédents héréditaires.

Le malade a eu une assez bonne santé jusqu'en 1892, à part quelques poussées d'eczéma de la face survenues de temps à autre et une syphilis très ancienne non suivie d'accidents tertiaires.

L'ulcération actuelle a eu pour origine la formation de boutons distribués au pourtour de l'orifice nasal, devenus en quelques mois très saillants, puis ulcérés, notamment au niveau de la narine gauche. Ces premiers faits remontent à environ trois ou quatre ans.

Mais la marche du mal très lente n'a nécessité l'entrée de ce malade dans le service qu'au mois de juillet dernier, la narine gauche commençant à subir une forte perte de substance sur son bord libre.

Aujourd'hui, on constate une destruction presque totale du lobule du nez; l'organe n'est plus figuré que par une saillie triangulaire à base inférieure. La narine droite, complètement détruite, n'est plus représentée que par un bourgeon externe de tissu cicatriciel, avec quelques croûtelles eczémateuses, mais sans ulcération, tandis qu'à gauche on remarque une plaie anfractueuse de 12 millim. de profondeur, assez régulière, arrondie et présentant environ 4 centim. de diamètre.

Elle s'étend de la partie supérieure du sillon naso-génien jusqu'au milieu de la joue; son bord inférieur correspond au niveau de l'ouverture nasale fortement surélevée par le fait de la destruction des extrémités cartilagineuses du lobule.

Le fond de cette plaie ulcéreuse est moitié sanieux, moitié rouge sombre et à surface tourmentée. Le pourtour est éversé sur les parties saines avoisinantes.

On note à la partie interne de ce rebord, sur le versant gauche du nez, une tumeur du volume d'une petite noix, mesurant 3 centim. transversalement sur 18 millim. de hauteur verticale; sa consistance est ferme; un sillon très marqué la sépare de ce qui reste de l'aile du nez correspondante, à savoir une surface quadrilatère n'ayant plus rien de la forme normale de la partie. La tumeur limite un orifice qui s'étend de sa portion inférieure libre jusqu'à la partie osseuse du nez, les cartilages latéraux ayant complètement disparu.

L'état général est relativement satisfaisant. L'affection est pourtant assez douloureuse. On ne note pas d'adénopathies.

La marche lente des accidents, le bourrelet qui entoure l'ulcération, la cicatrisation durable d'une partie des lésions, l'absence d'adénopathies et la conservation d'un état général satisfaisant permettent de

porter encore ici le diagnostic d'*ulcus rodens* ; mais il faut noter, comme particularités, le pouvoir destructif du processus : nous avons vu en effet que le lobule du nez a presque entièrement disparu ; d'autre part, le bourrelet d'extension est tellement prononcé sur la côté gauche du nez qu'il constitue une véritable tumeur : c'est là un fait exceptionnel dans cette maladie. Nous signalerons enfin les vives douleurs qu'accuse le malade et qui empêchent l'application de topiques modificateurs : il en résulte une impuissance thérapeutique, car les lésions sont trop étendues, et surtout trop profondes, pour que l'on puisse penser à une ablation.

Les médications qui nous donnent jusqu'ici les meilleurs résultats sont les applications permanentes de compresses imprégnées, soit d'une solution concentrée de chlorate de soude, soit d'une solution forte de résorcine.

Dans un troisième fait qui s'est présenté ces jours derniers à notre policlinique, la lésion occupe toute la moitié inférieure du côté gauche du nez et s'étend sur les joues ; l'aile du nez est en grande partie détruite ; l'orifice nasal est très rétréci ; les lésions ne sont plus représentées que par des cicatrices ; sauf à la périphérie du côté de la joue où elles sont circonscrites par un bourrelet dur et saillant et au niveau du pli naso-labial où se trouve une ulcération profonde de 50 centimètres de diamètre. Toute la masse cicatricielle est adhérente au squelette sous-jacent et ne peut être déplacée. Il n'y a pas d'adénopathies.

Ces trois faits sont remarquables par la tendance des lésions à former des cicatrices durables coïncidant avec la production d'ulcérations profondes récidivant *in situ* : il y a là un singulier contraste.

Deux cas d'anévrysmes syphilitiques.

Par M. GEORGES BROUARDEL.

La syphilis fait fréquemment des artérites des petites artères. Voici deux observations qui montrent qu'elle peut aussi donner naissance à des artérites des grosses artères telles que : l'aorte et l'artère fémorale.

OBS. I. — *Syphilis en 1868. Anévrysme de l'artère fémorale opéré en 1895. Syphilides tuberculo-ulcéreuses de la jambe droite.*

Le nommé L. H. Z..., âgé de 57 ans, ajusteur, entre dans le service de M. le professeur Fournier le 4 mai 1886. Il est couché dans la salle Saint-Louis, lit n° 12.

Antécédents héréditaires. — Le père de notre malade est mort à 42 ans,

et l'on ignore à quelle affection il a succombé ; sa mère est morte à 71 ans ; elle avait une maladie de foie depuis longtemps, maladie qui s'est terminée probablement par un ictère grave.

Ses parents ont eu 6 enfants ; 3 sont morts : l'un enfermé à Ville-Evrard, atteint de mégalomanie ; une fille est morte à 20 ans ; un frère a disparu en 1865.

Parmi les suivants, le fils aîné est alcoolique. Le malade n'a pas connu ses oncles et tantes ; il n'est pas marié, n'a pas d'enfant.

Antécédents personnels et maladie. — Z... a eu, en 1845, la fièvre typhoïde à la Guadeloupe ; il a eu en 1873 la fièvre intermittente ; il habitait en ce moment au Texas ; les accès revenaient tous les deux jours et ont cessé entièrement au bout de six mois, lorsqu'il a quitté le Texas ; il n'a plus jamais eu d'accès depuis lors. Il est alcoolique ; il boit peu de vin et absorbe une grande quantité de rhum (4 à 6 petits verres en moyenne par jour) et d'absinthe (2 à 3 en moyenne par jour).

En 1868, il a un *chancre induré* sur le prépuce à la partie supérieure droite de la verge ; nous voyons encore le vestige de ce chancre sous forme d'une cicatrice blanche allongée, mesurant environ 1 centim. de longueur ; ce chancre dura trois semaines environ. Il n'a pas constaté de roséole, mais a eu des *plaques muqueuses* dans la bouche.

Il ne se rappelle pas avoir pris de traitement antisyphilitique, il ne prenait que des tisanes. Depuis, il n'a suivi aucun traitement.

De 1868 à 1880, sa syphilis ne se révèle par aucun symptôme. Vers 1880, il a une éruption sur le cuir chevelu et des lésions de la cavité buccale. On lui fait prendre alors du sirop de Gibert et on fait sur lui des essais de « syphilisation » (??) dans le service du Dr Lailler ; ces essais sont pratiqués par le Dr Mathieu ; l'éruption disparaît au bout d'un certain temps qu'il ne peut préciser, après avoir pris en tout deux flacons de sirop de Gibert de 120 gr. chaque.

Jusqu'au mois d'avril 1895, aucun symptôme de syphilis. A ce moment, un œdème assez considérable envahit le membre inférieur droit ; cet œdème qui ne se manifeste d'abord que le soir devient bientôt permanent ; on lui applique un vésicatoire sur le mollet. Les plaies dont nous constatons actuellement les cicatrices sur la jambe droite ne sont produites qu'après l'œdème.

Peu à peu il perçoit une grosseur en haut et en dedans de la cuisse droite, sur le trajet de l'artère fémorale ; il va consulter à ce sujet à l'hôpital Tenon M. le Dr Chaput, qui constate la présence d'un *anévrisme*, et en fait l'opération en septembre 1895.

Une observation a été publiée (1) à ce moment dans la *Gazette des hôpitaux* ; mais elle ne parle pas des antécédents de notre malade et a trait surtout à une hémorrhagie qui a eu lieu au cours de l'opération.

Il quitte l'hôpital, va à Vincennes et sort le 4 mars 1896 ; il entre à Saint-Louis pour des plaies qu'il présente à la jambe droite et qui « ne veulent pas guérir », nous dit-il.

Ces plaies consistent en 6 ulcérations dont la plus grande a 4 centim.

(1) CHAPUT. Observation dans la *Gazette des hôpitaux*, 11 novembre 1895.

de diamètre environ et est située à la partie externe de la jambe, à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs ; une autre ulcération est située sur la crête du tibia et a les dimensions d'une pièce de 2 francs ; les 3 autres sont plus petites.

Les bords de ces ulcérations sont circulaires ; le fond en est bourgeonnant ; à son entrée à l'hôpital, il y avait une véritable mortification des tissus.

Le membre inférieur droit nous offre encore à considérer une pigmentation étendue à la face postérieure du mollet, vestige du vésicatoire qui a été appliqué au début de l'œdème, et les 2 cicatrices de l'opération, l'une 2 centimètres environ au-dessus de l'arcade crurale, suivant la direction de cette arcade, l'autre dirigée le long de l'artère fémorale.

L'examen de la peau des autres régions ne présente rien de particulier ; on y voit seulement les cicatrices dues aux essais de « syphilisation », sur la poitrine.

Les pupilles réagissent bien à la lumière et à l'accommodation ; elles sont égales ; il n'y a pas de rétrécissement du champ auditif ; les oreilles sont mal ourlées.

Le goût, l'odorat sont intacts ; la voûte du palais est ogivale.

La dentition est mauvaise : les dents tombent depuis quatre ou cinq ans.

Rien au poumon. Rien au cœur. Pas d'albumine ni de sucre dans les urines. La motilité est intacte, la sensibilité est conservée et égale des deux côtés ; les réflexes rotuliens et crémastériens sont normaux. Les fonctions génitales se sont beaucoup affaiblies depuis l'opération de l'anévrysme.

Depuis son entrée à l'hôpital, notre malade est soumis à l'iodure ; on lui fait des pansements à l'iodoforme sur ces ulcérations. Amélioration très rapide des ulcérations, dont la *nature syphilitique* ne saurait être contestée.

Obs. II. — *Chancres indurés en 1875. Paralysie du bras droit et aphasie en 1884. Guérison par l'iodure de potassium et les frictions mercurielles. Anévrysme de la crosse de l'aorte.*

P. S..., âgé de 49 ans, ciseleur, entre dans le service de M. le professeur Fournier, le 25 janvier 1896. Il est couché dans la salle Saint-Louis, lit n° 36.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort « d'accident », il était mineur. Sa mère est morte à 70 ans ; le malade ignore à quelle affection elle a succombé.

Elle avait eu douze enfants ; il est le seul survivant. L'un est mort d'une affection pulmonaire à 41 ans, un autre également à 36 ans ; un autre est mort à 33 ans d'un érysipèle. Une fille est morte de suites de couches ; une autre hydropique à 36 ans. Les autres sont morts en bas âge, avant la naissance de P..., qui ignore l'affection qui les a tués.

Tous ses oncles et tantes sont très âgés et bien portants ou morts très vieux. Il ne se souvient pas avoir connu parmi eux de tuberculeux ou de syphilitiques.

Il n'a pas d'enfants.

Antécédents personnels et maladie. — Jusqu'à l'âge de 22 ans, il n'a eu aucune maladie grave ; il ne toussait pas ; il n'est pas buveur.

A 22 ans, en 1875, il a un *chancre induré* à la face inférieure du gland ; le chancre dure six semaines environ ; il a la *roséole*, des *plaques muqueuses* dans la bouche et à l'anus.

Le malade ne se souvient plus du traitement qu'il a suivi ; il sait seulement, sans pouvoir préciser l'époque, qu'on lui a ordonné, à un moment, du sirop de Gibert ; il avait pris auparavant des pilules ; il ne sait pas lesquelles.

En 1884, il présente son premier accident dû à l'artérite : il s'aperçoit un matin à son réveil, que son bras reste inerte et qu'il ne peut pas le remuer ; il descend chez la concierge et s'aperçoit qu'il ne peut plus parler ; il vint à l'hôpital Saint-Louis ; mais là l'infirmier lui dit qu'on ne soigne que les maladies de peau et on l'envoie à l'hôpital Saint-Antoine dans le service de M. le Dr Dieulafoy ; là on constate la paralysie du bras droit et aussi, nous dit-il, un certain degré de diminution de la sensibilité dans ce bras. Le membre inférieur droit n'était absolument pas atteint.

On le met à l'iodure et aux frictions mercurielles pendant deux mois ; son aphasie n'avait duré que cinq ou six jours. Quant à sa paralysie du membre supérieur droit, elle diminue progressivement ; au bout de quelques mois, il commence à se servir de sa main, mais il conserve une certaine gêne, par exemple pour compter la monnaie qu'on lui donne.

Au bout d'un mois, il cesse tout traitement jusqu'en 1894 ; jusqu'à cette époque, il va bien et n'a qu'une certaine sensation du froid à la main droite.

En 1894, débute la maladie actuelle ; il sent d'abord quelques douleurs à la nuque et à l'épaule gauche, puis dans le bras et dans la poitrine, quelquefois il a une sensation de pesanteur dans le thorax et quelques étouffements.

Peu à peu il voit apparaître en haut et à gauche du sternum une petite « grosseur », qui atteint bientôt la taille d'une noix et augmente peu à peu ; il vient alors à l'hôpital Saint-Louis et y reste deux mois. On lui fait des injections de calomel, et on lui donne jusqu'à huit cuillerées par jour d'iodure de potassium.

La grosseur reste pourtant à peu près stationnaire et le malade dit même qu'il croit avoir constaté, à sa sortie de l'hôpital, une légère diminution dans son volume.

Durant toute l'année 1895, il vient à l'hôpital une fois par semaine et suit le traitement à l'iodure. Cependant la tumeur augmente peu à peu ; il entre à la salle Saint-Louis. On le remet alors à l'iodure (quatre cuillerées par jour).

Actuellement, on constate une tumeur de la taille d'une mandarine environ, saillant à la partie antérieure de la portion supérieure et latérale gauche du sternum ; la paroi osseuse a été entièrement détruite à ce niveau.

Cette tumeur présente tous les caractères de l'anévrysme de l'aorte : double battement expansif accompagné de thrill de la poche anévrysmale ; pouls radial droit normal ; suppression totale du pouls radial gauche.

devenu *absolument imperceptible*, douleurs de l'épaule et du bras revenant par crises, gêne légère de la déglutition ; dyspnée légère, sensation légère de froid dans le bras gauche qu'il cherche à réchauffer sans cesse.

Le reste du corps n'offre rien de particulier à l'examen. Acné sur les épaules. L'appareil digestif est normal, l'appareil respiratoire également.

La motilité est intacte ; il a l'aspect d'un homme vigoureux ; il nous dit que sa force musculaire a diminué ; il nous serre pourtant fortement les mains. Nous n'avons pas poussé plus loin cet examen en lui faisant faire de violents efforts.

Il n'y a ni sucre ni albumine dans ses urines, ses pupilles sont égales ; elles réagissent bien à la lumière et à l'accommodation ; le champ auditif est normal des deux côtés, le goût et l'odorat sont conservés. Il n'a pas de stigmates de dégénérescence. Il n'a jamais constaté de diminution dans ses fonctions génitales.

Les réflexes sont intacts.

M. FOURNIER. — Ces observations sont des plus intéressantes, surtout la seconde, car nous avons vu le malade lorsqu'il a eu son hémiplegie accompagnée d'aphasie, qui avaient guéri rapidement par le traitement spécifique.

M. BESNIER. — La syphilis artérielle mieux connue, se dévoile de plus en plus fréquente. J'ai vu encore, il y a peu de jours, chez un homme atteint de syphilis bénigne, mais non soignée, datant de vingt ans, se développer en moins de deux mois une tumeur anévrysmale aortique.

Note sur deux cas de vitiligo chez des indigènes algériens syphilitiques.

Par M. le D^r REY (d'Alger).

Suivant Hardy, le vitiligo se développe assez fréquemment chez les nègres ; par contre, en 1871, je ne l'ai observé que rarement sur nos indigènes et tout à fait exceptionnellement sur les Mauresques, dont un assez grand nombre, pourtant, ont passé sous mes yeux.

Aussi ai-je cru pouvoir, avec l'appui de la reproduction photographique, soumettre à la Société le résumé de deux observations de leucodermie, recueillies l'une au Dispensaire municipal de la ville d'Alger, l'autre dans mon service de chirurgie à l'hôpital Liné.

En outre, ces deux malades sont atteints de syphilis et, sans doute, il paraîtra intéressant de fixer la nature des rapports qui peuvent exister entre le vitiligo et la diathèse.

Oss. I. — Arkonia ben Mohamed ben Larbi, âgée d'environ (1) 21 ans,

(1) On sait que l'état civil n'existe pas encore pour la grande majorité des indi-

née à Orléansville. A Alger depuis près d'un an et demf. Cette indigène, par la teinte foncée de sa peau se rapproche du type mulâtre.

Entrée au dispensaire le 31 janvier 1896, elle présentait des restes d'accident primitif de la grande lèvre gauche, avec induration et adénite inguinale spécifique. Pas de roséole ou de papules appréciables, mais plaques muqueuses des amygdales. Ces accidents ont cédé promptement, après deux injections au calomel, répétées à quinze jours d'intervalle et à la dose de cinq centigrammes. Elle est guérie le 10 mars.

Outre les localisations spécifiques, on remarque, sur la partie postérieure du tronc; deux larges taches d'une blancheur éclatante, qui tranchent nettement sur le fond noirâtre des téguments.

De ces deux plaques, la plus grande prend naissance à la racine du cou et descend entre les deux omoplates, sur une longueur de 16 à 17 centim., avec une largeur de 7 à 14 centim. La seconde, de dimensions un peu moindres et plutôt transversale, siège au niveau de la ceinture, de chaque côté de la ligne médiane. On compte encore quatre ou cinq petits flots, épars au-dessus de la rainure interfessière.

Sur toute l'étendue de la surface achrome, la peau conserve une intégrité parfaite; dans cette partie décolorée, les poils sont uniformément blancs. A la périphérie existe un bourrelet très appréciable, d'environ un centimètre, très pigmenté et dont on peut juger la saillie par la vue aussi bien que par le toucher.

La malade affirme qu'elle porte ces macules depuis sa naissance; elles ont évolué d'après le développement du corps, mais en gardant relativement les mêmes proportions. A leur niveau la sensibilité est intégralement conservée.

D'après son dire, son père et sa mère présentaient des taches analogues aux siennes.

Obs. II. — Ali ben Kassem, 46 ans environ, journalier, né à Reboal, douar de Seberon, arrondissement de Tizi-Ouzou.

Ce malade entre à l'hôpital pour une orchite blennorrhagique, mais il est surtout intéressant au point de vue dermatologique et syphilitique. Du côté de ses ascendants, il nie l'existence d'une affection héréditaire quelconque dans sa famille. Mais, dès l'abord, on est frappé par l'écroulement spécifique de ses os du nez, ainsi que par le son de sa voix qui révèle de graves altérations du côté du voile du palais et de la voûte palatine. Et pourtant, à part des écoulements presque permanents, il affirme n'avoir jamais contracté une affection vénérienne quelconque.

Ses jambes et ses cuisses sont parsemées de cicatrices qu'on peut mettre sur le compte de l'ecthyma syphilitique, mais peut-être aussi, comme nous l'avons souvent observé, dues aux blessures causées par les arbustes épineux qui fourmillent dans la broussaille.

En insistant, il finit par avouer que, tout petit, il a été atteint d'ulcérations pharyngo-buccales auxquelles sont dues les cicatrices et déformations que l'on constate actuellement. Plus tard, dans sa seconde enfance,

gènes; aussi la date de leur naissance ne peut-elle être fixée que très approximativement. La plupart la rattachent à un fait important survenu à peu près à la même époque.

pour affirmer la nature spécifique de ces lésions, est survenu l'affaissement des os du nez, dont il se souvient d'avoir perdu quelques fragments.

C'est au début de la puberté, alors toutefois qu'il n'avait pas encore eu de rapports sexuels, que commença l'affection cutanée dont il est atteint. Il avait alors 13 ans et il affirme qu'elle a envahi d'emblée toute l'étendue qu'elle occupe aujourd'hui.

Du reste il ne s'en est jamais préoccupé, celle-ci ne l'ayant jamais fait souffrir d'aucune façon.

Actuellement on remarque, sur la presque totalité du corps de cet Arabe, et particulièrement sur le cou, le tronc, les parties génitales et la racine des bras, une décoloration d'un blanc laiteux, entourant encore quelques parcelles brunâtres. Seuls la face et les membres inférieurs conservent à peu près la pigmentation primitive dont le ton est assez foncé.

La peau n'est nullement modifiée, seulement les poils sont décolorés sur le terrain de l'albinisme. Aucun point appréciable où l'on puisse constater des traces d'anesthésie ou d'hyperesthésie.

Autour des plaques, de formes très variables, on observe une délimitation très nette. Sur le bord des zones atteintes par le vitiligo l'hyperchromie est très sensible.

Voilà donc deux cas de vitiligo développé chez deux malades, tous deux syphilitiques.

Pour la Mauresque, la leucodermie est congénitale, la syphilis acquise après la majorité. Il n'y a donc aucune relation possible entre les deux affections.

Chez le second, la vérole peut être considérée comme congénitale ou tout au moins contractée dans l'âge le plus tendre. Le vitiligo se déclare seulement dans le courant de la treizième année, sinon d'emblée, au moins avec une rapidité extrême, pour rester désormais stationnaire. Alors la syphilis peut-elle être incriminée ? C'est peu probable.

Disons enfin que chez nos deux malades rien ne rappelle la leucomélanodermie observée et décrite par les médecins militaires en Kabylie.

Le Secrétaire,

D. GASTOU.

SÉANCE DU 11 JUIN 1896

Présidence de M. Ernest Besnier.

SOMMAIRE. — A propos du procès-verbal : Sur un ulcus rodens, par M. HALLOPEAU. — Sur les origines de la Pelade, par M. SABOURAUD. (Discussion : MM. HALLOPEAU, SABOURAUD.) — Sur un cas de dermatite herpétiforme de Duhring. Éosinophilie, par M. DARIER. — Nouvelle note sur les caractères anatomiques de la maladie de Duhring, par M. LEREDDE. — Ulcère perforant du voile du palais, par M. DARIER. (Discussion : MM. DU CASTEL, DARIER, FEULARD, FOURNIER, BARTHÉLEMY.) — Des artérites syphilitiques rétinienne avec thromboses consécutives, par M. GALEZOWSKY. — Syphilose cérébro-spinale. Deux ictus aphasiques. Méningo-myélite cervicale supérieure, par M. FOURNIER. — Pseudolupus syphilitique. Le calomel a-t-il action sur le lupus, par M. FOURNIER. (Discussion : MM. BARTHÉLEMY, BESNIER.) — Sur quelques préparations arsenicales et leur emploi en dermopathologie, par M. DANLOS. (Discussion : MM. MOTY, BESNIER, MOTY, BROCC, BESNIER, TENNESON.) — Eléphantiasis des organes génitaux externes consécutif à l'ablation des ganglions inguinaux, par M. GEORGES BROUARDEL. (Discussion : MM. DARIER, BROUARDEL, DU CASTEL, FOURNIER.) Deux cas de dyshidrose palmaire (Dysidrose syphiloïde et vésiculo-bulleuse), par M. GASTOU. — Cas d'eczéma syphiloïde du cuir chevelu d'origine médicamenteuse et séborrhéique, par M. ALGLAVE. — Trophonévrose érythémato-bulleuse de la face et du cuir chevelu, par MM. GAUCHER et BARBE. — Tuberculose faciale osseuse et ganglionnaire syphiloïde, par M. DANLOS. — Cas de dermatosclérose. Sclérodermie en plaque, par M. DANLOS. (Discussion : M. TENNESON.) — Sur un nouveau cas d'amélioration durable d'un lupus par l'érysipèle, par MM. HALLOPEAU et G. BUREAU. (Discussion : MM. THIBIERGE, HALLOPEAU, BARBE, BESNIER, HALLOPEAU.) — Sur une pseudo-pelade probablement trophoneurotique, par MM. HALLOPEAU et G. BUREAU. (Discussion : M. SABOURAUD.) — Quelques cas de lupus traités par les caustiques chimiques et note sur cette méthode de traitement, par M. MARTINET. (Discussion : M. BESNIER.) — Syphilis maligne, par M. CANUET. — Syphilis maligne précoce, par MM. CANUET et BARASCH. — Urticaire pigmentée probable, par M. EUDLITZ. (Discussion : M. PRINGLE.) — Dermatite exfoliatrice d'origine mercurielle à la suite de pansements au sublimé, par M. EUDLITZ. — Syphilis héréditaire tardive (Syphilomes chancriformes de la verge), par M. E. LEGRAIN. — Deux observations de sarcome de la main, par M. E. LEGRAIN.

Ouvrages offerts à la Société.

1° *The pathology and Treatment of Veneral Diseases*, by ROBERT W. TAYLOR

M. D. With two hundred and thirty illustratives and seven colored plates. Philadelphie. Lea Brothers et Co, 1895.

2° *Boletim da Sociedade de medicina et cirurgica de Sao Paulo.*

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

Sur un cas d'alcous rodans.

Par M. HALLOPEAU.

M. Hallopeau montre un des cas de cette maladie dont il a été parlé dans la dernière séance.

Sur les origines de la Pelade.

Par M. SABOURAUD

L'auteur résume dans sa communication les travaux publiés par les *Annales*, dans les numéros de mars, avril, mai et juin.

M. HALLOPEAU remercie M. Sabouraud de s'attacher à éclairer une question aussi difficile et ne doute pas qu'il arrive pour la pelade aux mêmes résultats que pour la tricophytie.

Il voudrait savoir si, dans la séborrhée huileuse et dans les comédons, on ne rencontre pas des utricules analogues à ceux de la pelade.

M. SABOURAUD. — Il existe en effet dans ces maladies des utricules, mais leur structure n'est pas la même.

Dans le comédon, il y a d'abord une sorte de cavité en forme de flacon présentant un goulot et une partie renflée. Cette partie renflée comprend une partie périphérique épithéliale qui est le manteau, une partie moyenne formée de sébum et un centre qui est l'utricule. Mais l'utricule est séparée du sébum par une enveloppe de nature épidermique cornée. Cette utricule contient des lacunes. Dans le goulot et dans le manteau on trouve des bacilles bouteille et des cocci.

Où la ressemblance est plus considérable, c'est entre l'utricule de la séborrhée huileuse et l'utricule peladique. Ces utricules ont des lacunes logeant les microbes qui sont identiques.

Mais les lacunes de la séborrhée huileuse sont disposées en spirales, tandis que les lacunes de l'utricule peladique sont groupées irrégulièrement.

Il est encore d'autres caractères qui permettent de distinguer la séborrhée huileuse de la pelade.

Plus la pelade est active plus le nombre des microbes est considérable. Si la pelade est maligne, aucune lésion, même celle de la lèpre, ne peut montrer une aussi grande quantité de microbes. Enfin ni la séborrhée

huileuse, ni le comédon ne présentent le mycélium bactérien que l'on rencontre dans la pelade.

J'ai voulu simplement mentionner l'analogie entre le microbe de la séborrhée huileuse et de la pelade. Pour ce qui est de la nature de ce microbe et des origines de la pelade, toutes les preuves ultérieures restent à fournir.

Dermatite herpétiforme de Duhring. — Éosinophilie.

Par J. DARIER.

La jeune fille que voici est atteinte d'une éruption érythémato-bulleuse, subaiguë, à poussées successives et subintrantes ; c'est un cas de dermatite de Duhring un peu fruste, en ce que les phénomènes douloureux ou prurigineux sont, chez elle, très atténués.

J'ai tenu, à cette occasion, à contrôler les recherches de M. Leredde et Perrin relatives à la présence de cellules éosinophiles en nombre tout à fait anormal dans les lésions cutanées et dans le sang au cours de cette maladie. Mes résultats sont à cet égard absolument confirmatifs des leurs.

La nommée V..., âgée de 18 ans, fleuriste, est entrée le 15 mai 1896, à la salle Alibert, n° 37.

Il n'y a rien à relever dans ses antécédents héréditaires : ses parents sont bien portants ; une de ses sœurs, âgée de 32 ans, a des crises de nerfs ; une autre, qui a 24 ans, est saine.

Elle-même est bien conformée, de taille moyenne, brune, et, très intelligente, elle donne des renseignements très précis. L'interrogatoire ne révèle aucune maladie dans l'enfance ; elle a eu toutefois de la gourme pendant plusieurs années et des kérato-conjonctivites qui ont laissé quelques taies légères sur la cornée gauche.

Réglée à 12 ans ; pas de syphilis, pas d'alcoolisme, pas d'hystérie.

A 17 ans elle a fait une grossesse absolument normale ; l'accouchement, qui a eu lieu le 5 juillet 1895 à l'hôpital Tenon, a été fort laborieux puisqu'il a nécessité l'administration du chloroforme pendant trois heures et l'application du forceps. Il paraît y avoir eu de l'infection puerpérale, car la malade a été prise dès le lendemain de frissons et d'une fièvre vive ; on l'a isolée et on lui a pratiqué des injections intra-utérines ; elle a eu en outre un abcès du sein droit quoiqu'elle n'ait allaité que quatre ou cinq jours. Au bout de dix-huit jours, elle put quitter l'hôpital. L'enfant, bien constitué, est mort de convulsions au bout d'un mois.

La malade affirme de la façon la plus formelle que *pendant sa grossesse et après l'accouchement elle n'a présenté aucune éruption quelconque.*

A la suite de cet épisode elle a repris son travail ; ses règles sont revenues au bout de deux mois et ont reparu régulièrement depuis lors. C'est au milieu d'un état de santé parfaite qu'elle a été prise de sa *première*

poussée éruptive en mars 1896. Malgré un interrogatoire minutieux on ne peut découvrir aucun trouble moral qui aurait précédé ou accompagné cette éruption, ni peur, ni colère, ni chagrins ou contrariétés ; les émotions de l'été précédent étaient presque oubliées.

Dans le courant du mois de mars dernier la malade remarqua sur sa joue droite puis sur sa joue gauche une rougeur qui bientôt se couvrit de bulles ; en même temps, elle éprouva des démangeaisons assez vives au siège de l'éruption. Elle vint consulter à St-Louis, fut admise à la salle Gibert où M. Tenneson la soigna et porta le diagnostic d'*érythème bulleux*. Les muqueuses restèrent indemnes. En peu de jours la guérison fut complète.

Dans les premiers jours de mai survint une *deuxième éruption* qui débuta à la fois sur la face externe des avant-bras, sur le dos des poignets et des mains, qui bientôt gagna le tronc et le pourtour des genoux mais respecta la face. Cette fois encore il y eut du prurit mais très modéré ; la malade n'en parlant pas d'elle-même, il faut des questions directes pour évoquer ses souvenirs à cet égard. Au moment où nous la voyons, quelques jours plus tard, le prurit nous paraît plus que modéré et jamais nous n'avons vu des mouvements de grattage ou recueilli des plaintes à ce sujet.

A l'entrée, on note l'existence d'une éruption un peu polymorphe qui occupe les membres supérieurs et particulièrement leur face externe, des épaules jusqu'au dos des mains, le pourtour des aisselles, le dos, la région sternale, les fesses et les genoux. Elle consiste en un érythème qui, suivant les points, est simplement maculeux, ou ortié et figuré, marginé, gyroïde par places. En un seul point, sur le devant du sternum, on trouve un groupe d'éléments vésiculo-bulleux, du volume d'une tête d'épingle à celui d'un pois, sur base érythémateuse. Les muqueuses sont indemnes ; il n'y a aucun trouble de la santé générale, pas de fièvre, d'état gastrique, de courbature, d'arthralgie. La malade déclare éprouver quelques démangeaisons, mais n'en paraît guère incommodée. On songe à la dermatite herpétiforme de Duhring, mais provisoirement le seul diagnostic possible est celui d'érythème polymorphe.

Les jours suivants, l'érythème persiste ; de plus, des bulles se forment en plusieurs points du dos et, excoriées par le décubitus, sont remplacées par des croûtes. On pratique l'enveloppement avec des compresses boriquées et on administre, après un purgatif, du benzonaphtol à l'intérieur.

Une amélioration sensible se faisait sentir lorsque, le 26 mai, se produit une rechute très accentuée. Sans fièvre ni malaise général, de nouvelles plaques d'érythème et des vésico-bulles apparaissent dans les régions précédemment signalées et en plus dans le cuir chevelu et au dos des pieds.

Depuis lors, nous avons vu incessamment l'éruption s'alimenter par des poussées partielles subintrantes d'éléments nouveaux : il en apparaît presque chaque jour.

L'éruption occupe actuellement, comme on peut le voir, les membres supérieurs tout entiers, à l'exception des régions palmaires, les épaules, les aisselles, le devant de la poitrine, le cou et le dos où elle est limitée

par en bas, en gilet, par deux lignes suivant la direction de la dixième côte ; l'abdomen et les cuisses sont intacts ; les fesses, le devant des genoux, le dos des pieds sont les seuls points pris dans la moitié inférieure du corps. La face et toutes les muqueuses accessibles, visitées journellement avec soin, sont indemnes. Au cuir chevelu, il n'y a plus que quelques croûtelles. L'éruption est très exactement symétrique.

Les éléments qui la composent sont aujourd'hui d'âge assez différent. On note des placards d'érythème simple, d'érythème marginé un peu ortié par places. Beaucoup de ces placards supportent, de préférence en bordure, des bulles soit petites, herpétiformes, soit du volume d'un pois ou même d'une demi-noisette, pemphigoïdes, à contenu clair, à peine louche dans les plus anciennes. On voit aussi de petites taches rouges isolées, ainsi que des bulles aberrantes sur le dos des mains et des pieds par exemple, qui n'ont aucune base érythémateuse. En nombre de points il y a des croûtes groupées ou isolées, vestiges de bulles qui ont été percées ou se sont desséchées.

Le prurit est remarquablement faible ; la malade dit en éprouver, si on l'interroge, mais elle ne s'en plaint jamais spontanément, ne se gratte jamais et dort toute la nuit sans agitation. Hier matin encore (10 juin) nous avons découvert sur les flancs, des groupes nouveaux d'érythème ortié parsemé de vésicules, qui avaient apparu tout à fait à son insu. Il n'y a pas non plus d'autre sensation douloureuse, d'ardeur, de cuisson, de tension. La sensibilité explorée au niveau des éruptions n'est ni exaltée, ni modifiée en aucune façon.

L'état général reste excellent ; l'appétit, le sommeil ne sont pas troublés. La malade est très calme et raisonnable. Les urines, dont la quantité varie de 1,200 à 1,800 grammes par vingt-quatre heures, sont normales, ne contiennent ni sucre, ni albumine ; quant à l'urée, deux analyses faites par M. Rageau, interne en pharmacie du service, le 2 et le 10 juin, ont donné les chiffres de 25 gr. et de 21 gr. 40 par vingt-quatre heures.

Il n'y a donc pas d'hypoazoturie.

Dès le 26 mai, sinon dès l'entrée de la malade, le cas se présentait avec un ensemble de caractères qui évoquait l'idée de *maladie de Duhring* : éruption polymorphe, érythémato-bulleuse, à petites bulles, à début par les membres, symétrique, à poussées successives ou subintrantes, sans troubles notables de la santé générale ; il y avait là des signes bien topiques. Mais notre attention était attirée par l'atténuation très remarquable des troubles nerveux auxquels des maîtres tels que MM. Besnier et Brocq attribuent une importance capitale, par l'absence de douleurs, d'ardeur, d'hyperesthésie ou d'hyperalgésie, nous ne notions qu'un prurit si léger que certes peu de dermatoses n'en ont au moins un pareil.

Dans ces conditions il y avait intérêt à rechercher les lésions histologiques de la peau et du sang de notre malade et de vérifier par là, dans un cas évidemment atténué, la valeur du signe anatomique dont nous devons la connaissance à MM. Leredde et Perrin, c'est-à-dire l'*éosinophilie*. C'est ce que j'ai fait.

Examen histologique. — Excision d'un petit lambeau de peau de l'aisselle, portant des lésions érythémato-bulleuses ; fixation au sublimé ; inclusion

à la paraffine; coupes en série. Colorations diverses et notamment par les méthodes indiquées par Leredde : hémateïne, éosine, aurantia; réactif de Biondi, etc.

La lésion dominante est un œdème du corps papillaire, assez accentué en certains points, immédiatement au-dessous de l'épiderme, pour que la distension excessive des mailles du tissu donne lieu à la formation d'une bulle, à peine cloisonnée, qui soulève l'épiderme entier. Ce dernier paraît donc passif dans le processus; il n'est qu'aminci par distension; par places, l'œdème pénètre entre les cellules malpighiennes et à la phlyctène sous-épidermique se joint alors une petite bulle intra-épidermique. Même là où l'œdème est moindre, le corps papillaire est infiltré de cellules; autour des vaisseaux du chorion existe également un manchon de cellules. Les éléments qui composent ces infiltrats cellulaires diffus ou périvasculaires sont pour une part des cellules conjonctives, des lymphocytes et surtout des leucocytes polynucléaires. Le fait intéressant est que parmi ces derniers, un certain nombre sont des cellules à grains *éosinophiles*; elles sont peu abondantes dans le derme et ne siègent pas toujours, comme on l'avait cru, à bonne distance des vaisseaux; il y en a relativement davantage dans l'œdème papillaire, surtout dans le liquide des bulles et même quelques-unes en migration dans l'épiderme sain. On note aussi la présence de quelques globules rouges extravasés çà et là dans les portions infiltrées.

En résumé, œdème papillaire conduisant par excès à la phlycténisation, et présence d'éosinophiles: ce sont bien là les lésions considérées comme caractéristiques par Leredde et Perrin. Il y a dans mes coupes moins d'éosinophiles cependant que dans leur beau cas d'herpes gestationis.

Il fallait compléter cet examen par la numération des éosinophiles dans le liquide des phlyctènes et dans le sang. Dans la lymphe de diverses phlyctènes j'ai trouvé de 30 à 55 éosinophiles sur 100 globules blancs. Dans le sang d'un doigt j'ai compté sur diverses préparations assez exactement 15 éosinophiles sur 100 globules blancs (leucocytes 52 p. 100; mononucléaires petits ou lymphocytes, 7 p. 100; moyens, 18 p. 100; grands, 8 p. 100).

Ce dernier mode d'exploration, qui est relativement très facile à mettre en œuvre, fournit donc des résultats tout à fait suffisants pour la clinique. Des recherches ultérieures, complémentaires de celles qu'ont publiées déjà les auteurs que je viens de citer, sont nécessaires pour nous fixer sur la valeur diagnostique absolue de l'éosinophilie et sur sa signification physio-pathologique.

Personnellement je ne puis citer jusqu'à présent que ce fait que je n'ai pas trouvé d'éosinophiles en nombre appréciable (moins 1 p. 100) dans la sérosité de vésicules d'eczéma et de diverses dermites artificielles. En revanche, dans le sang d'un lépreux en état de poussée bulleuse j'en ai compté 61 p. 100 globules blancs, proportion

plus élevée même que celle qu'ont observée MM. Gaucher, et Bensaude (*Soc. de Derm.*, 15 février 1896); le liquide des bulles ne renfermait aucun de ces éléments.

Nouvelle note sur les caractères anatomiques de la maladie de Duhring.

Par le Dr LEREDDE,

I. — Cette note a pour objet de confirmer les recherches faites sur les altérations du sang et de la peau dans la dermatose de Duhring et de répondre à des objections qui ont été opposées, de part et d'autre.

Depuis les faits publiés par M. Perrin et moi, signalant l'éosinophilie et l'excrétion d'éosinophiles à travers la peau, de nouveaux faits ont confirmé nos résultats (Funk, Gaucher, Barbe et Claude, Darier); j'en ai moi-même observé. A ma connaissance, aucune observation contradictoire n'a été publiée.

II. — Je me suis arrêté à la technique suivante :

1° *Préparation du sang.* — Une goutte de sang est recueillie sur une lame porte-objet, est étalée au moyen d'une autre lame de verre dont on fait glisser le bord sur la lame porte-objet. On laisse sécher. On fixe à l'alcool-éther et on laisse encore sécher.

La fixation terminée, on colore par l'hématéine de Meyer (cinq minutes), on lave, puis on passe rapidement dans la solution suivante :

Éosine	1
Alcool.....	100
Orange.....	1
Eau.....	100

Mêler les deux solutions, une fois la matière colorante dissoute.

2° *Préparations du liquide des vésicules et des bulles.* — Elle se fait de la même manière exactement.

Il est essentiel d'examiner des vésicules et des bulles dont le contenu se soit pas louche, et utile de mêler le liquide de plusieurs pour avoir une moyenne. Le mélange peut se faire dans une goutte de sérum artificiel.

III. — On trouve dans le sang, en moyenne 12 à 15 éosinophiles sur 100 globules blancs. Le chiffre le plus faible a été relevé par MM. Gaucher, Barbe et Claude (7 à 8 p. 100). Mais l'éosinophilie

peut être considérable, puisque dans une maladie de Duhring de forme gravidique (ancien herpes gestationis) M. Gastou et moi avons trouvé 33 p. 100.

Dans les vésicules et les bulles, il existe de 30 à 95 p. 100 éosinophiles.

IV. — Les objections qui ont été faites peuvent se résumer de la manière suivante :

a) L'éosinophilie existe dans beaucoup d'affections en dehors de la maladie de Duhring.

Il suffit de citer la syphilis secondaire, la lèpre (Gaucher et Brissaud), la leucémie ; je l'ai rencontrée dans un fait d'érythrodermique classé, publié par M. Danlos.

Mais dans aucune de ces affections on n'a trouvé d'éosinophiles en abondance dans des vésicules ou des bulles cutanées.

b) Il existe des lésions vésiculaires et bulleuses de la peau où on rencontre des éosinophiles.

M. Gaucher en a trouvé dans une pustule d'ecthyma, dans des vésicules d'herpès ; M. Sabrazès les signale dans la dyshidrose. Il est possible qu'on puisse les trouver encore dans d'autres formations cavitaires de la peau.

Du reste, des lésions inflammatoires peuvent très bien s'accompagner de la présence de cellules acidophiles en grand nombre dans le derme (dermatite papillaire du cuir chevelu, Ledermann ; staphylococcose cutanée, Gastou).

Mais ce qui caractérise la maladie de Duhring, ce n'est ni l'éosinophilie, ni l'excrétion des cellules éosinophiles à travers la peau, *c'est la réunion de ces deux éléments*. Une affection où l'on rencontre l'excès de cellules acidophiles dans le sang, et où toutes les vésicules et toutes les bulles à contenu transparent en comprennent un très grand nombre *est une maladie de Duhring*.

V. — M. Sabrazès a publié à la Société de dermatologie, en avril 1896, un fait des plus importants d'érythème polymorphe consécutif au surmenage. Le sang, au moment où l'éruption était le plus intense, contenait 6 p. 100, le liquide des bulles 93 p. 100 de cellules éosinophiles. Il existait dans la circulation sanguine des bacilles très nombreux, prenant le Gram et qu'on ne put cultiver.

J'ai également observé, il y a quelques mois, un fait d'érythème polymorphe où les bulles contenaient des éosinophiles et où il existait une éosinophilie très prononcée.

Ni le malade de M. Sabrazès, ni le mien n'ont été suivis, et on ne peut affirmer d'une manière absolue, je pense, qu'il ne s'agissait pas de forme récidivante, classique de la maladie de Duhring.

VI. — M. Brocq, dans son mémoire publié en 1888 sur cette derma-

tose, a admis l'existence d'éruptions non récidivantes qu'il comprend dans le même cadre pathologique. Les plus typiques (dermatite polymorphe prurigineuse aiguë) sont caractérisées, dit-il, par : « une éruption éminemment polymorphe, des symptômes subjectifs très prononcés, une évolution rapide en 15 ou 30 jours par petites poussées successives, la conservation constante ou presque constante du bon état général.

Cependant, les faits cliniques n'ont pu entraîner la conviction de tous les observateurs : la maladie de Duhring a paru caractérisée surtout par la récurrence, et Unna a même dit qu'on ne peut diagnostiquer l'affection à la première poussée.

Or, nous considérons les faits d'érythème polymorphe où il existe de l'éosinophilie comme des maladies de Duhring à forme aiguë. Les lésions anatomiques confirment les assertions de M. Brocq fondées sur l'étude clinique.

VII. — Au point de vue diagnostique, l'étude du sang, du liquide des vésicules et des bulles prend ainsi une grande valeur. Elle permet d'éliminer toutes les affections vésiculeuses et bulleuses autres que la maladie de Duhring, en particulier le pemphigus. Les auteurs allemands qui ont parlé de la présence d'éosinophiles dans certains cas de pemphigus ne l'ont fait que parce qu'ils n'admettent pas la distinction de cette maladie et de la dermatite herpétiforme. Jusqu'ici je n'ai rencontré les lésions sanguines et cutanées de cette dernière affection dans aucun cas de pemphigus vrai, tel qu'on le comprend en France.

A la première attaque, l'étude du sang et du liquide des vésicules permet d'éliminer l'érythème polymorphe vulgaire et d'établir l'existence d'une dermatose de Duhring, sans qu'on puisse affirmer si celle-ci sera récidivante et prendra sa forme habituelle.

VIII. — La fréquence de l'éosinophilie dans des affections microbiennes, telles que la syphilis et surtout la lèpre, les constatations faites par M. Metschnikof qui a vu les granulations acidophiles résulter de la digestion des microbes par les leucocytes polynucléaires permettent d'émettre l'hypothèse de la nature microbienne de la maladie de Duhring et conduisent à des recherches destinées à la vérifier ou à l'infirmer.

Ulcère perforant du voile du palais.

Par J. DARIER.

Le cas que voici m'a paru extraordinaire et d'une interprétation réellement difficile; c'est pourquoi je le présente à la Société en sollicitant des éclaircissements ou la communication de cas analogues si quelque'un de mes collègues en avait observé.

Le nommé Jean G..., garçon Ilmonadier, âgé de 22 ans, entre à la salle Devergie, n° 18, le 22 mai 1896, pour une perforation du voile du palais. Sa voix est nasonnée, il y a du reflux des boissons par le nez, et l'on constate, au milieu du voile, à un demi-centimètre au-dessus de la base de la luette, un trou rond des dimensions d'un crayon ordinaire, à bords minces, sans rougeur, sans gonflement, sans induration, sans suppuration.

En voyant cette lésion on pense immédiatement à un cas tout à fait banal de perforation *ancienne*, consécutive à l'ouverture d'une gomme syphilitique, en un mot à une infirmité résultant d'un processus pathologique absolument éteint.

Mais le malade affirme catégoriquement que les troubles fonctionnels dont il se plaint (nasonnement, reflux des liquides) ne datent que de *trois jours*; c'est il y a *six jours* qu'il a remarqué une gêne légère de la déglutition et en regardant sa gorge il a vu, à la base de la luette, un petit orifice des dimensions d'une tête d'épingle; l'orifice se serait agrandi très rapidement et au bout de trois jours serait survenue l'altération de la voix qui auparavant était absolument normale.

Cet homme est intelligent, soigneux de sa personne, n'a pas l'apparence d'un pilier d'hôpital ou d'un simulateur; mais malgré la précision des renseignements qu'il fournit, je ne peux me défendre de suspecter sa sincérité, et je le présente à mon excellent maître, M. le professeur Fournier, lequel abonde dans mon sens et diagnostique une perforation gommeuse *très ancienne*.

On met le malade en observation et peu de jours après on constate que manifestement l'orifice s'agrandit.

Le 8 juin, on note que la perforation a pris une forme losangique à grand diamètre vertical, mesure 11 millim. sur 9, qu'elle a toujours des bords minces, réguliers, taillés comme à l'emporte-pièce, non infiltrés mais plutôt amincis, à peine plus rosés que la surface du voile; la luette n'est pas tuméfiée, ni rouge; il n'y a aucune douleur; la sensibilité est un peu diminuée au niveau de la luette mais normale partout ailleurs. En outre, un second orifice a *apparu*, au-dessous et à droite du premier, faisant communiquer la fossette sus-amygdalienne droite avec le naso-pharynx, perforant le repli du pilier postérieur par conséquent et séparée de la première perforation par le bord du voile, le repli qui va de la luette au pilier antérieur; ce repli forme un pont large de 3 millim. environ. L'orifice nouveau a une forme semi-lunaire, à convexité supérieure; il admet une sonde cannelée du plus gros calibre; ses bords sont minces, non déchiquetés, sans

rougeur ni tuméfaction, ni suppuration. Le voile dans le reste de son étendue est normal; les amygdales ne sont pas tuméfiées.

Le malade est à nouveau montré à M. Fournier qui constate les modifications récentes et déclare n'avoir jamais rien observé de semblable.

Dans ces huit derniers jours, les deux orifices ont grandi un peu en conservant leurs caractères; le pont qui les sépare ne mesure plus que 1 millimètre et demi de diamètre.

A quelle affection a-t-on affaire?

Invinciblement on songe à la syphilis et le malade est examiné et interrogé avec le plus grand soin dans ce sens. En aucun point des téguments ou des muqueuses on ne trouve de lésion syphilitique actuelle ou de cicatrice; il n'y a aucune adénopathie. Le malade, dès le début, nous a accusé un chancre à la verge qu'il aurait contracté au mois de janvier dernier; mais on ne peut guère être fixé sur la nature de cet accident. Il dit que la lésion était peu douloureuse, un peu indurée, qu'il y avait des ganglions dans les aines, dont il ne reste aucune trace. Il a consulté un pharmacien lequel lui a vendu des pilules de proto-iodure dont il a pris une centaine, deux par jour. Il n'est survenu à la suite ni roséole, ni plaques muqueuses, ni chute des cheveux, ni autre accident secondaire. Remarquons ailleurs que le délai serait bien court.

On poursuit l'enquête au point de vue de l'hérédosyphilis; le malade originaire de Lavoûte (Loire) a ses parents qui sont en bonne santé; ceux-ci ont eu neuf enfants dont quatre sont morts en bas âge (les deuxième, cinquième, sixième et huitième), les autres sont tous bien constitués et bien portants. Notre homme est le quatrième enfant; il est de très petite taille (1 mètre 53) et a été réformé pour cette cause; mais, à part le front olympien, il est très bien conformé. On ne découvre chez lui aucun stigmate cutané, muqueux, osseux, dentaire, auriculaire, oculaire, testiculaire ou autre pouvant paraître suspect. Il n'a eu aucune maladie dans l'enfance ou l'adolescence.

Considérant le caractère insidieux et aphlegmasique des ulcérations, on est conduit à penser au « mal perforant » que le tabes réalise parfois au niveau du palais osseux. On recherche vainement tous les signes du tabes et notamment du tabes supérieur; ni douleurs, ni atrophies, ni troubles oculaires passagers ou permanents, ni perte des réflexes, etc.; les dents sont saines et au complet; en un mot, le résultat de l'examen est entièrement négatif.

En résumé, l'observation de ce malade nous montre deux perforations du voile du palais, dont l'une a grandi manifestement, l'autre s'est formée sous nos yeux, absolument à froid, pourrait-on dire, sans que rien décèle le processus pathologique qui est en jeu. J'ajoute ici que l'examen rhinoscopique postérieur pratiqué par M. Laurence n'a pas montré sur la face postérieure du voile de tuméfaction, de rougeur, d'infiltration appréciable; M. Laurence a remarqué seulement un peu de rougeur des choanes. Il importe de dire aussi que dès que l'on a vu l'orifice augmenter de dimensions on a administré l'iodure de

potassium à doses progressivement portées à 8 grammes par jour.

Le caractère insolite de ce cas ne permet pas une interprétation satisfaisante : en admettant même une syphilis ignorée datant de l'enfance, ce postulat n'expliquerait pas des perforations se produisant si rapidement par atrophie simple à ce qu'il semble et en tous cas sans néoplasie préalable et sans processus inflammatoire apparent.

M. DU CASTEL. — Il ne s'agit pas ici d'une lésion « à froid » ; il existe au pourtour une zone érythémateuse et un léger degré d'épaississement. Il y a là quelques caractères permettant peut-être d'admettre une infiltration gommeuse, diffuse et légère.

M. DARIER. — J'ai employé les mots « à froid », pour bien montrer qu'il n'y avait pas eu de réaction inflammatoire notable. Même dans les ulcères trophiques du palais, on trouve autour de l'ulcère une mince zone érythémateuse.

M. BARTHÉLEMY. — Je ne crois pas qu'il y ait doute sur la nature syphilitique de cette lésion. Il s'agit très probablement d'un cas de syphilis ignorée ancienne.

M. FEULARD. — La syphilis acquise est beaucoup plus fréquente chez l'enfant qu'on ne le croit généralement ; j'ai déjà montré à la Société plusieurs petits malades, syphilités par contagion, venant de la consultation de l'hôpital des Enfants-Malades ; les cas de ce genre se renouvellent plusieurs fois par an.

M. FOURNIER. — Lorsque M. Darier m'a montré le malade, j'ai déclaré qu'il s'agissait d'une perforation ancienne. Je fus prodigieusement étonné de savoir qu'elle datait de quelques jours et de voir de nouveau le malade la semaine suivante, avec une nouvelle ulcération semblable à la première. Il n'y a pas eu le moindre processus gommeux. On dirait qu'il s'est agi ici d'une véritable atrophie moléculaire interstitielle.

Si c'est de la syphilis, on peut dire, pardonnez-moi l'expression, que c'est une syphilis « fin de siècle » que nous ne connaissons pas. Pour moi, il s'agit dans le cas de ce malade, d'une maladie que je ne connais pas.

M. BARTHÉLEMY. — Il est bien rare d'assister à l'apparition d'une perforation. On ne la constate guère que lorsqu'elle est faite. Ne peut-il s'agir ici d'une sorte de gomme foudroyante ?

M. DARIER. — Je répète que les perforations ont apparu sans infiltration gommeuse apparente.

Des artérites syphilitiques rétiniennes avec thromboses consécutives.

Par M. GALEZOWSKI

J'ai constaté à plusieurs reprises qu'il existait des malades qui perdaient brusquement la vue d'un seul œil. En examinant l'œil il était facile de se rendre compte qu'il y avait eu embolie de l'artère centrale de la rétine. Or, ces malades n'ayant rien au cœur, il s'agissait de syphilis très vraisemblablement.

Depuis j'ai pu étudier ces cas et j'ai vu que dans la syphilis il existait des artérites aboutissant à l'oblitération totale embolique ou partielle. Artérites dont les conséquences étaient la production soit de rétinites hémorrhagiques, soit d'atrophie blanche ou de pigmentations. J'ai noté que dans ces derniers cas, le malade perdait incomplètement la vue et qu'il y avait des troubles d'encéphalite.

De l'ensemble des faits étudiés je crois pouvoir dégager trois variétés d'artérites rétiniennes syphilitiques.

1° Une artérite partielle, ou péri-artérite qui aboutit à la production d'hémorrhagies rétiniennes ;

2° Des artérites capillaires disséminées curables, laissant intacte la branche principale ;

3° Des oblitérations totales de l'artère centrale véritablement emboliques, dues à une altération de la paroi interne de l'artère, difficilement curables.

Toutes ces variétés d'artérites sont traitées par la méthode des frictions.

Syphilose cérébro-spinale. Deux iclusaphasiques. Méningo-myélite cervicale supérieure.

Par M. le professeur FOURNIER.

Mieux étudiées, les formes de la syphilis cérébro-spinale se précisent ; je veux attirer votre attention aujourd'hui sur une forme de syphilis dont j'ai vu le type chez plusieurs malades.

C'est aussi une forme qui survient hâtivement, dans les premières années de la syphilis. Sans entrer dans les détails de son évolution il signale les quatre grands caractères cliniques qui la schématisent.

1° Caractères douloureux. Douleurs vives, intenses, irradiées de la nuque au dos, aux bras.

2° Troubles de la motilité, dont les principaux sont : une marche hésitante, l'impossibilité de courir, le signe de Romberg.

3° L'exagération des réflexes.

4° L'inégalité pupillaire.

Chez la malade que je vous présente, tous les signes que je viens d'indiquer existent. Voici l'histoire de cette malade :

Observation recueillie par M. CANUET, interne du service.

Angèle F... est âgée de 28 ans. On ne trouve à signaler dans ses antécédents que l'alcoolisme avéré de son père. Régée à 15 ans, facilement, elle a toujours été bien portante. Elle se marie à 22 ans.

Première grossesse. — Un an après son mariage, elle accouche d'une petite fille, qui, née à terme dans de bonnes conditions, est âgée actuellement de 5 ans et se porte bien.

Deuxième grossesse. — Un peu plus d'un an après, elle accouche d'un garçon ; l'enfant, très chétif, n'a présenté aucune éruption ; il s'affaiblit graduellement et meurt à 2 mois.

Troisième grossesse. — Deux ans après, une troisième grossesse évolue normalement. L'enfant, qui paraissait bien constitué, meurt cependant à 8 mois, après avoir eu des convulsions et des vomissements.

C'est pendant la seconde grossesse que la malade a vu apparaître une éruption généralisée, caractérisée par de petites papules rouges qui n'ont pas laissé de traces. En même temps se seraient montrées des ulcérations à la vulve.

La recherche de l'accident initial est restée négative. Cependant, au moment de l'éruption, un médecin a prescrit du sirop de Gibert. Puis, elle a été soignée, pendant trois mois, à l'hôpital de la Charité (sirop de Gibert). Jamais, d'après son dire, elle n'aurait eu de lésions ni à la bouche, ni à la gorge ; elle n'a pas perdu ses cheveux, elle accuse seulement de très violents maux de tête.

C'est aussi à la fin de cette seconde grossesse que sont survenues deux attaques d'aphasie transitoire ; subitement, un soir, la malade a éprouvé dans le bras droit des fourmillements, avec sensation d'engourdissement, de pesanteur ; la main est devenue maladroite, et, tout aussitôt après, la perte de la parole a été absolue, sans avoir été précédée de vertige, ni de perte de connaissance, ni de troubles visuels. Elle s'est trouvée, dit-elle, dans l'impossibilité de prononcer un seul mot ; continuant à comprendre, à vouloir s'exprimer, elle ne pouvait en aucune façon articuler. Le lendemain soir, quelques mots lui reviennent ; et son état s'améliore graduellement, sans que l'embarras de la parole disparaisse complètement.

Deux mois après, nouvelle attaque absolument identique : même gêne dans le bras droit, même perte absolue de la parole, même amélioration graduelle. En outre, elle aurait eu de l'asymétrie faciale, assez sensible pour être remarquée par son entourage.

Comme traitement, elle a pris, soit du sirop de Gibert, soit des pilules mercurielles et de l'iodure de potassium, mais de loin en loin.

Elle entre dans le service le 23 mai, pour de violentes douleurs dans le dos et à la nuque. Ces douleurs se sont manifestées pour la première fois il y a deux mois dans la région interscapulaire ; puis elles ont gagné la nuque,

et maintenant irradient dans le bras gauche, tantôt spontanées, tantôt réveillées par la pression ou le mouvement. La douleur à la nuque est actuellement très vive, surtout quand on renverse la tête de la malade en arrière, tandis que les mouvements de latéralité sont relativement faciles. Les douleurs sont plus vives le soir que le matin et que dans la journée.

Du côté des yeux, on remarque une forte diminution de l'acuité visuelle.

L'inégalité pupillaire est marquée, la pupille gauche est presque moitié plus petite que la droite. L'accommodation à la lumière et l'accommodation à la distance sont conservées.

Sur la peau, rien à signaler, si ce n'est de légères traces de *syphilides pigmentaires* du cou, et, aux avant-bras, quelques petites cicatrices peu visibles; la malade rattache leur existence à l'éruption remarquée pendant la deuxième grossesse.

La démarche est hésitante; la malade ne peut courir, elle se tient difficilement les pieds joints, quand on lui fait fermer les yeux. Elle se tient mal à cloche-pied, les yeux ouverts, et ne peut y rester, même quelques secondes les yeux fermés. Les réflexes rotuliens sont exagérés; d'ailleurs aux membres supérieurs également, les réflexes tendineux se montrent exagérés. La sensibilité à la piqure est restée intacte; aucune zone d'anesthésie. La force musculaire est sensiblement égale des deux côtés.

Rien du côté des sphincters. La malade dit que, pendant environ deux mois, elle n'aurait pu retenir ses urines; mais c'était à la fin d'une de ses grossesses, et de l'interrogatoire il résulte qu'il n'y avait pas incontinence vraie. Pas de constipation marquée.

L'état général est resté satisfaisant. Pas de fièvre. A signaler encore une certaine tendance à la somnolence, un peu de nervosité, et une légère hésitation de la parole qui a persisté depuis les attaques d'aphasie. L'examen du cœur, des poumons, du foie n'apprend rien. Urines normales.

Comme traitement, on a fait deux piqûres de calomel qui ont amené la disparition presque complète des douleurs.

Dès la seconde piqûre, notable amélioration des symptômes nerveux. Au delà, amendement progressif des mêmes symptômes. La malade n'éprouve plus de douleurs dans les bras, non plus qu'à la nuque et entre les épaules. Elle ne ressent plus d'embarras dans la marche et se trouve « guérie ».

On continue le traitement.

Pseudo-lupus syphilitique (le calomel a-t-il action sur le lupus ?)

Par M. le professeur FOURNIEU.

Il m'est arrivé de constater un fait intéressant à propos de la malade que je vous présente, j'ai cru devoir en faire part à la Société.

Depuis longtemps déjà j'ai pour habitude de traiter les malades atteints de lupus, lorsque j'ai le moindre doute et même sans cela, par le

mercure et l'iodure. Si je procède ainsi c'est que j'ai vu des cas de guérison merveilleuse et que j'ai pu constater à maintes reprises que certains malades considérés comme atteints de lupus étaient des syphilitiques et des syphilitiques guérissant par le traitement.

Mais voici cette malade, j'aurais dû la faire photographier avant le début du traitement, mais j'y ai songé trop tard, je ne m'attendais pas à une amélioration aussi rapide, aussi étonnante : la malade est aujourd'hui aux trois quarts guérie.

J'avais des raisons majeures pour ne pas croire à la guérison de la malade par les injections de calomel.

Elle avait été vue et traitée par deux maîtres éminents de Saint-Louis, MM. Hillairet et Besnier, qui tous deux firent le diagnostic du lupus et obtinrent la guérison d'abord par des scarifications, puis après récurrence par des pointes de feu.

C'est après une troisième récurrence qu'elle revient dans mon service. On la soumet aux injections de calomel. Dès la deuxième injection on constate déjà de l'amélioration, à la quatrième injection la guérison est presque complète.

Voici du reste l'histoire clinique de la malade :

Observation recueillie par M. DESCHAMPS, externe du service.

La nommée N..., âgée de 35 ans, domestique, couchée au n° 26 de la salle Henri IV.

Antécédents héréditaires. — Mère morte « de la poitrine ». Père mort de paralysie. Un frère mort « de la poitrine ». Trois frères et sœurs bien portants. Pas de fausses couches de la mère.

Antécédents personnels. — Jamais de maladie autre que celle qui l'amène à l'hôpital.

Pas de syphilis acquise. Pas de stigmate de syphilis héréditaire.

A 13 ans, début de la maladie actuelle : les ailes du nez ont été envahies toutes les deux ensemble ; la lésion a commencé par un « bouton » qui s'est recouvert d'une croûte, recouvrant elle-même une ulcération.

Elle a été soignée une première fois à Saint-Louis en 1878, par M. le Dr Hillairet, qui lui a fait des scarifications et donné de l'huile de foie de morue. Guérison après six mois de traitement.

Une cicatrice à la paroi antérieure du thorax ; elle date de l'enfance ; la malade ne peut l'expliquer.

En présence d'une amélioration aussi rapide par le calomel, je crois pouvoir avancer qu'il ne s'agit pas de lupus, mais de pseudo-lupus syphilitique.

S'il ne s'agit pas de syphilis mais de lupus, pourquoi cette amélioration si rapide et si complète par le calomel ?

Et s'il s'agit d'un lupus, ne doit-on pas supposer logiquement que le calomel a une action curative sur le lupus ?

Telles sont les questions qu'entraîne l'étude de ce cas, questions que je sou mets à la Société.

M. BARTHÉLEMY. — Il est plus logique d'admettre la syphilis que le lupus plutôt que de croire à l'action du calomel sur le lupus. Ne peut-on supposer qu'une syphilide devienne tuberculeuse secondairement et que pour la peau comme pour le poumon la syphilis prépare la tuberculose. Ce cas n'est-il pas une de ces affections cutanées hybrides nombreuses.

M. BESNIER. — Que la malade de M. Fournier ait un lupus, ou qu'elle ait une syphilide lupoïde, la difficulté subsiste la même.

Si c'est une syphilide, comment se fait-il que Hillairet et moi l'ayions autrefois guérie par le traitement du lupus, et qu'elle récidive sur la place à la façon du lupus ? Et si c'est un lupus, comment se fait-il qu'il soit actionné par le calomel ? Le plus sage est de surseoir au jugement, et de l'ajourner à un mois.

Sur quelques préparations arsenicales et leur emploi en dermatologie.

Par M. DANLOS.

L'emploi thérapeutique de l'arsenic remonte aux premiers temps de l'ère chrétienne (Dioscoride). En médecine générale son utilité n'est pas contestée et il en était de même en dermatologie il y a un quart de siècle. Depuis lors, bien que des dissidences se soient produites, la majorité des médecins spécialisés proclame encore son efficacité dans quelques dermatoses, mais reconnaît que pour obtenir tout l'effet utile il faut porter le médicament à des doses considérables. Kaposi, dans le psoriasis et le lichen, donne couramment huit à dix pilules asiatiques par jour. Un de ses malades a pu prendre presque impunément en quatre semaines six cents pilules, ce qui donne un chiffre quotidien de 16 centigr. d'acide arsénieux. En France nos malades supporteraient bien rarement des doses aussi fortes. Quand on force les quantités, on est bientôt arrêté par des troubles gastro-intestinaux et si pour les éviter on a recours à la voie hypodermique, on provoque en outre des douleurs qui obligent à renoncer à l'emploi du médicament.

Étant données d'une part l'utilité de l'arsenic qui nous semble incontestable, et de l'autre l'impossibilité d'arriver sans accident à en saturer l'organisme par les moyens ordinaires, je me suis demandé s'il ne serait pas possible de tourner la difficulté en recourant à l'autres formes pharmaceutiques. Les agents d'usage, acide arsénieux et arséniate de soude sont à la fois très irritants et très toxiques. Comme il n'est nullement prouvé que la toxicité et la causticité soient

la mesure de la valeur thérapeutique, nous avons cherché à remplacer ces substances par d'autres produits moins irritants et moins vénéneux. On pourrait dans ce but essayer les arséniate alcalino-terreux de strontiane, de magnésie, de chaux, arséniate ammoniac-magnésien et c'est un sujet de recherches sur lequel nous nous proposons de revenir. Provisoirement nous nous bornerons à dire un mot de trois préparations que nous employons depuis quelque temps et qui ont au moins l'avantage d'être très maniables, c'est-à-dire peu toxiques, l'arsenic métalloïdique ; le sulfure d'arsenic et un produit moins connu mais fort intéressant, l'acide cacodylique.

L'arsenic métalloïdique existe comme le soufre sous deux formes, sublimé ou précipité ; nous avons choisi la seconde comme probablement plus active. On peut l'obtenir en réduisant l'arsénite de soude ou l'acide arsénieux en solution chlorhydrique par le zinc, le protochlorure d'étain, ou l'acide hypo-phosphoreux. De ces trois procédés les deux derniers sont préférables, car avec le zinc on obtient, outre la réduction cherchée, un dégagement considérable d'hydrogène arsénié qui expose à de graves accidents si l'on n'est pas dans des conditions excellentes de ventilation.

Préparé par l'un quelconque de ces procédés l'arsenic métalloïdique est cliniquement identique (Engel). Il se présente sous la forme d'une poudre noire impalpable dont la couleur présente suivant l'agent réducteur de très légères différences, liées à son état physique d'aggrégation. A sec et à l'abri de l'air cette poudre se conserve bien. M. Engel, professeur de chimie à l'École centrale, nous en a fait voir un échantillon qu'il conservait depuis plus de dix ans en flacon fermé et qu'il considérait comme inaltéré. On pourrait du reste parer au danger d'oxydation d'un produit ancien, en lavant l'arsenic avant d'en faire usage avec l'acide hypophosphoreux. Dans les conditions où nous nous sommes placé, cette crainte d'oxydation ne pouvait exister car nous nous sommes servi d'une préparation récente que nous avons incorporée dans du miel, corps essentiellement réducteur. Ce mellite d'arsenic, dit par nous mellite noir, titré à 1 p. 100 d'arsenic métalloïdique, a été administré à la dose de 2 à 4 cuillerées à café, ce qui représente environ 15 à 30 centigr. d'arsenic par jour. Nous l'avons donné à trois malades atteints de psoriasis. L'un d'eux avait un psoriasis généralisé congestif et irritable, rebelle depuis plusieurs mois à la thérapeutique, qui ne tolérât pas l'huile de cade et supportait mal l'acide pyrogallique. Le traitement a consisté dans les prescriptions suivantes : Grand bain simple de deux heures chaque jour et mellite noir à la dose de deux, puis trois et quatre cuillerées à café. Pendant quelques jours le malade a même pris cinq cuillerées ; mais comme à cette dose il a présenté un jour d'assez vives coliques, j'ai cru prudent de revenir au chiffre quotidien de 4 cuillerées, soit 28 centigr. environ d'arsenic par jour.

L'amélioration a très manifestement coïncidé avec l'emploi de ce traitement. En quatre semaines, ce psoriasis qui s'éternisait dans le service depuis plus de cinq mois avait totalement disparu. On pourrait m'objecter que l'évolution du psoriasis est variable et que les poussées ont une tendance, après quelques mois de durée, à disparaître d'elles-mêmes. Sans nier absolument la possibilité d'une coïncidence heureuse, je dirai simplement que la marche de la guérison a suivi de si près le changement de thérapeutique qu'il me paraît difficile de ne pas lui attribuer la guérison. On pourrait dire aussi théoriquement que l'arsenic métalloïdique, corps essentiellement insoluble, doit être sans activité. Mais l'insolubilité dans l'eau n'est nullement la mesure de l'insolubilité dans les liquides de l'organisme. Combien de médicaments insolubles tels que carbonate, chromate, sulfate de plomb, soufre précipité, ou sublimé etc., tout en étant insolubles, sont assez activement absorbés. En fait j'ai constaté l'absorption de l'arsenic métalloïdique d'une façon rigoureuse. Traitant l'urine du malade par le procédé, malheureusement long et minutieux mais très exact du professeur A. Gautier, j'ai obtenu un anneau arsenical petit, mais bien net. Il aurait été intéressant de rechercher par l'analyse quotidienne de l'urine et des fèces dans quelle proportion s'effectue l'absorption de l'arsenic administré sous cette forme; mais cette recherche, qui ne présente théoriquement pas d'autre difficulté que son caractère répugnant, aurait demandé beaucoup plus de temps que je ne pouvais lui en consacrer.

Deux autres malades atteints de psoriasis ont été soumis au mellite noir sans autre traitement que des frictions d'axonge et quelques bains. Ils ont été rapidement blanchis sans dépasser la dose de deux à trois cuillerées de mellite noir. Je dois avouer que le médicament n'a pu empêcher chez ces deux malades une poussée courte et discrète de papules psoriasiques, mais cette circonstance n'est pas de nature à faire nier tout à fait l'efficacité du traitement. Nous voyons souvent chez des syphilitiques mercurialisés des éruptions spécifiques se produire, et pourtant personne ne conclut à l'inefficacité du mercure.

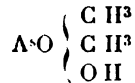
La deuxième préparation dont nous nous sommes servi est le *sulfure d'arsenic* obtenu par précipitation dans un courant d'hydrogène sulfuré et lavé. On sait que le sulfure d'arsenic naturel est le médicament dont se servent les arsenicophages (Wertheimer), mais celui-ci contient une proportion variable d'acide arsénieux, à l'inverse de notre produit qui en est exempt. Ainsi obtenu, le sulfure est une poudre jaune, insoluble dans des acides et probablement pour ce motif inoffensive pour l'estomac, mais très soluble dans les milieux alcalins, et par conséquent, selon toute vraisemblance, dans les liquides intestinaux.

Il serait de ce chef à craindre qu'il ne fût plus toxique que l'arse-

nic métalloïdique, aussi l'avons-nous employé avec plus de précautions. Il a été administré sous forme de mellite à un pour cent.

Deux psoriasiques qui en ont fait usage sans autre traitement concomitant que des frictions d'axonge ont été assez rapidement blanchis.

Le troisième produit dont il me reste à parler et de beaucoup le plus intéressant des trois, l'*acide cacodylique*, découvert il y a une cinquantaine d'années par Bunsen, est de l'acide arsénique diméthylé, c'est-à-dire dont deux oxydryles (O H) ont été remplacés par du méthyle (C H³). Il répond à la formule :



C'est un composé de préparation délicate et dangereuse qui n'existe pas couramment dans le commerce, bien qu'il figure sur quelques catalogues, et que j'ai dû faire fabriquer spécialement. Il se présente sous la forme d'un corps bien cristallisé dégageant en vase clos une légère odeur alliagée, et laissant dans la bouche un goût persistant et désagréable comparable à celui du foie de soufre. Il est fortement acide, très soluble dans l'eau, et contient un peu plus de *cinquante-quatre pour cent d'arsenic*, c'est-à-dire moins que l'acide arsénieux ; mais beaucoup plus que l'arséniate de soude, à peu près exactement 2,25 fois autant que ce dernier. À l'état solide il se conserve bien ; dans ses solutions on voit au bout de quelque temps se développer des champignons comme dans la liqueur de Fowler. Mon attention a été attirée sur ce corps par le professeur Armand Gautier qui me fit remarquer que tous les traités de chimie organique signalent son défaut de toxicité. Sa grande solubilité indiquant une absorption facile, sa teneur en arsenic et son innocuité permettant d'espérer une saturation de l'organisme rapide et sans danger, j'ai pensé que ce corps pourrait être d'un emploi utile à la dermatologie et en général dans tous les états qui demandent une médication arsénicale énergique.

Avant de l'employer j'ai tout d'abord tenu à vérifier l'assertion relative au défaut de toxicité et j'ai fait dans ce but quelques recherches bibliographiques. Bunsen d'après ses expériences, confirmées par celles de Kurschner, assure que, même en grande quantité, l'acide cacodylique n'est pas toxique. Introduit à la dose de 32 centigr. dans l'estomac, de 42 centigr. dans la veine jugulaire, de 25 centigr. dans les voies aériennes, il n'aurait déterminé chez les lapins aucun signe d'empoisonnement. Plus récemment, Rabuteau (1882) dans un mémoire très intéressant confirme partiellement cette assertion. Pour lui l'acide cacodylique est toxique mais beaucoup moins que les autres arsénicaux. Il attribue cette innocuité relative à la méthylation et émet l'hypothèse que le corps triméthylé A^o O (C H³) serait probablement encore moins toxique. Sur le

terrain expérimental, Rabuteau a trouvé que des cobayes de moins d'une livre supportaient impunément 20 à 30 centigr. en injection hypodermique. Un chien n'a pas été affecté par 50 centigr., et pour tuer une chienne de 6 kilogr. il a fallu injecter 2 grammes d'acide, c'est-à-dire l'équivalent de 4 gr. 25 d'arséniate de soude.

Avant d'expérimenter chez l'homme le nouveau produit, j'ai trouvé prudent de le soumettre à quelques essais préliminaires. Pour vérifier sa pureté j'ai mesuré son acidité et constaté qu'il possédait à peu près la capacité de saturation indiquée par la théorie et neutralisait environ 33 centièmes de son poids d'hydrate de soude.

Pour juger la toxicité, j'ai fait quelques expériences qui m'ont paru confirmer celles de Rabuteau. Un cobaye de moins d'une livre a été, il est vrai, tué en douze heures par une injection de 30 centigr., mais l'acide avait été injecté sans neutralisation préalable. Deux lapins ont parfaitement supporté une injection de 30 et 40 centigrammes à l'état de cacodylate de soude. Ni l'un ni l'autre n'ont eu d'accidents immédiats. L'un d'eux, dix-sept jours après l'injection, a présenté, il est vrai, une parésie très douloureuse des membres postérieurs ; mais le début de celle-ci a été brusque, presque instantané, et sa durée passagère, circonstance qui, jointe à l'époque tardive d'apparition, nous semble innocenter l'injection. Pour plus de sûreté, je n'ai procédé sur mes malades qu'à doses faibles et graduellement croissantes.

L'un d'eux, psoriasique invétéré, a pris le médicament en pilules contenant chacune 5 centigr. d'acide cacodylique à l'état de cacodylate de soude et 5 centigr. d'extrait de gentiane. Le chiffre quotidien a été graduellement élevé de une à cinq pilules, c'est-à-dire à vingt-cinq centigrammes d'acide cacodylique représentant en arsenic la valeur de 56 centigr. 25 d'arsénite de soude. A cette dose le médicament parfaitement toléré n'a provoqué aucune réaction particulière. Pas d'éruptions alliées, pas de douleurs d'estomac, pas de coliques ; aucune odeur spéciale de l'urine ou des matières. L'appétit s'est toujours conservé intact et l'état général excellent. Le psoriasis a cédé en quelques semaines sans autre traitement complémentaire que des frictions d'axonge et quelques bains. A sa sortie le malade était complètement blanchi. Un échantillon d'urine prélevé quelques jours avant la sortie et analysé par la méthode du professeur Gautier m'a donné un anneau arsénical assez fort, ce qui suffirait à prouver qu'il n'y a pas eu supercherie de la part de notre patient.

Deux autres sujets ont été soumis à la même médication par la méthode hypodermique.

L'un d'eux, femme d'une trentaine d'années, entrée dans mon service avec un psoriasis disséminé, légèrement suintant aux jarrets, a reçu huit injections d'acide neutralisé ; au début 5 et plus tard 2 centigr.

par injection. Sous l'influence de celles-ci la malade, très améliorée, a quitté le service après trois semaines de séjour.

Le troisième cas appartient au service de M. Tenneson. J'aurais voulu expérimenter la méthode dans le sarcome cutané. N'en ayant pas dans mon service et me rappelant d'autre part les heureux résultats produits par les injections interstitielles dans quelques cas d'adénie, j'ai prié M. Tenneson qui avait un adénique de me permettre d'essayer sur lui la médication. Le sujet est un homme de vingt-trois ans, cachectique, ayant perdu depuis un an trente-cinq livres de son poids. En raison d'accidents déterminés par une biopsie ganglionnaire antérieure, je n'ai pas osé débiter chez lui par l'injection dans les glandes ; et je lui ai fait simplement des injections hypodermiques à la dose de 5, puis 10 et 15 centigr. d'acide neutralisé. Du 6 mars au 15 avril, ce malade a reçu 15 injections, les 6 dernières de 15 centigr., chacune d'elles représentant environ 34 centigr. d'arséniate de soude. Faites sous la peau des fesses, ces injections n'ont pas déterminé plus de douleur et de réaction que celles de morphine. Leur effet sur les ganglions n'a pas été appréciable, mais l'appétit s'est relevé et le malade, qui dans le mois de mars avait encore perdu 600 grammes de son poids, a regagné dans la première quinzaine d'avril un kilogramme. A cette date, une poussée fébrile avec tuméfaction ganglionnaire a fait suspendre le traitement. Était-elle due à l'arsenic ? C'est probablement l'opinion de M. Tenneson puisque, après la poussée, il ne nous a pas renvoyé son malade ; mais tant de causes chez un adénique peuvent déterminer des poussées glandulaires qu'il est permis de contester cette interprétation.

Un mot maintenant sur la technique de ces injections. La solution d'acide cacodylique est préparée et neutralisée au moment d'en faire usage. L'acide aussitôt pesé est placé dans un verre de montre. Dans une petite capsule de porcelaine on fait bouillir quelques centimètres cubes d'eau distillée. Une partie de cette eau sert à laver la seringue l'autre est versée sur l'acide qui se dissout immédiatement. On neutralise ensuite avec du bicarbonate de soude ajouté jusqu'à ce qu'il n'y ait plus d'effervescence et qu'un très petit excès reste indissous. L'injection se fait ensuite comme une injection de morphine. La concentration de nos solutions n'a guère dépassé 5 centigr. d'acide pour un centim. cube, ce qui fait 3 centim. environ pour une injection de 15 centigr. Si la neutralisation a été bien faite, l'injection n'est pas douloureuse, il n'en serait pas de même dans le cas contraire.

Nous n'avons pas la prétention de baser sur trois observations des conclusions définitives sur l'emploi de l'acide cacodylique en médecine générale et en dermatologie. Toutefois, un point nous paraît acquis, c'est que cet acide malgré sa richesse en arsenic est réellement d'une innocuité relative qui en rend le maniement facile à haute dose pourvu

que l'on procède avec un peu de prudence. Aucun de nos trois malades n'a accusé de réactions spéciales ; aucun ne s'est plaint d'excrétions (urines, matières fécales, gaz intestinaux) ou d'éruptions fétides comme celles qui ont été signalées par v. Renz et qui tenaient peut-être à l'impureté du produit. Sous forme d'acide neutralisé nous avons fait supporter en injection hypodermique, tous les deux jours, des quantités d'arsenic répondant à 22,5 centigr. et 34 centigr. d'arséniate de soude. Un malade a pris par la bouche pendant plusieurs jours une dose quotidienne équivalente à 56,25 centigr. d'arséniate de soude. Si l'on réfléchit que selon toute vraisemblance ces doses auraient pu être largement dépassées, il est permis de conclure que sous forme de cacodylate de soude l'arsenic est tout au moins mieux toléré que sous les formes pharmaceutiques jusqu'à présent en usage. Sera-t-il aussi efficace ? il est permis de l'espérer, mais l'avenir et l'expérimentation appliquée à un grand nombre de cas pourront seuls en fournir la preuve. C'est pour provoquer des recherches dans cette voie que j'ai cru utile de publier ce travail.

M. MORY. — Je viens donner mon opinion en faveur de l'arséniate de soude, que je donne à la dose de 10 à 15 centigr. jusqu'à 3 décigr. par jour dans les cas de fièvre intermittente. Je l'ai toujours vu bien toléré s'il est très étendu d'eau.

M. BESNIER. — Je ne me rends pas bien compte de la différence qui existe entre les observations de M. Mory et les miennes, car je n'ai jamais pu dépasser la dose de 3 centigr. par vingt-quatre heures.

M. MORY. — Je répondrai à notre président que mon expérience n'existe pas en dehors de ma pratique en Algérie. Qu'en outre, je n'ai traité ainsi que des paludiques, que ce moyen m'a merveilleusement réussi en Algérie pour faire tomber la fièvre, que j'ai toujours vu une tolérance parfaite. Je ne sais si en France j'aurais eu les mêmes résultats : mais j'ai employé utilement de faibles doses d'arsenic dans le sarcome.

M. BROcq. — J'ai donné l'arséniate de soude, comme me l'a enseigné mon maître Vidal, à des doses énormes : 3 à 4 centigr. par jour dissous dans l'eau, je n'ai jamais pu dépasser 4 centigr. En quinze à vingt jours, j'arrivais à une intoxication arsenicale intense.

M. DANLOS. — Je puis répondre qu'avec les injections solubles pratiquées sous la peau tout est absorbé.

M. TENNESON. — Les préparations arsenicales de M. Danlos sont évidemment des préparations à part. Pour moi j'ai comme règle de suspendre un médicament dès qu'il provoque les moindres phénomènes toxiques.

Éléphantiasis des organes génitaux externes consécutif à l'ablation des ganglions inguinaux.

Par GEORGES BROUARDEL, interne des hôpitaux.

J'ai l'honneur de présenter à la Société, un cas d'éléphantiasis des organes génitaux externes particulièrement intéressant au point de vue de l'étiologie des lésions. Elles ont succédé, en effet, à l'ablation des ganglions lymphatiques inguinaux des deux côtés ; nous sommes en présence, pour ainsi dire, d'une véritable expérience physiologique.

OBSERVATION (1). — M..., âgé de 44 ans, cocher, est entré dans le service de M. le professeur Fournier, le 23 mai 1896. Il est couché dans la salle Saint-Louis, lit n° 41.

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier ; son père est mort de pleurésie, sa mère est morte très âgée ; il a plusieurs frères et sœurs en très bonne santé. Personne dans sa famille n'a eu de maladie semblable à la sienne.

Antécédents personnels. — En 1880, M... a contracté la syphilis ; il s'est soigné lui-même avec des médicaments qu'il voyait affichés partout.

En 1882, il a la fièvre typhoïde, il en guérit bien.

En 1892, il entre dans le service de M. Monod pour « une adénite inguinale suppurée bilatérale, très volumineuse à gauche, de dimensions moyennes à droite ». Tel est le diagnostic porté ; le 25 juillet 1892, on pratique l'ablation au bistouri.

Le malade reste cinq mois à l'hôpital Saint-Antoine. Trois mois après il s'aperçoit que son scrotum devient très volumineux ; on lui fait suivre le traitement antisiphilitique.

Cependant le scrotum croît sans cesse ; la verge s'œdématie après le scrotum.

Il y a un an, le volume de ses organes génitaux externes ayant encore augmenté, le malade vient dans le service de M. le professeur Fournier où on lui fait prendre des pilules de Dupuytren et de l'iodure de potassium ; il quitte l'hôpital très amélioré ; l'amélioration se maintient pendant six à huit mois.

Il y a un mois et demi, nouvelle poussée ; le malade vient de nouveau dans le service de M. le professeur Fournier.

A son entrée, le 23 mai, nous constatons une augmentation de volume considérable du pénis et du scrotum, augmentation telle que nous ne pouvons parvenir à sentir le testicule. On lui prescrit le traitement suivant : repos au lit, injection de 5 centigr. de calomel toutes les semaines.

Le 4 juin 1896, nous constatons une très sensible amélioration. Les téguments sont plus mous ; l'examen des testicules est devenu possible. Le testicule droit est doublé de volume ; le gauche est à peu près normal.

Les cordons spermatiques et les canaux déférents sont volumineux. Les vaginales contiennent du liquide.

(1) L'observation a été prise en grande partie par M. MONOD, externe du service.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Il n'y a pas d'autres lésions organiques.

M. DARIER. — Y a-t-il eu un intermédiaire entre l'éléphantiasis et l'opération.

M. BROUARDEL. — Il y aurait eu des phénomènes de suppuration d'après ce que dit le malade.

M. DU CASTEL. — Le malade n'avait-il rien eu à la verge auparavant.

M. FOURNIER. — Le malade avait la verge et les parties génitales saines, on ne peut penser qu'il y ait eu la moindre cause occasionnelle antérieure.

Deux cas de dysidrose palmaire (dysidroses syphiloïde et vésicule-bulleuse).

Par M. P. GASTOU.

Ces deux malades m'ont paru intéressantes à présenter, non pour la rareté de l'affection, mais pour la difficulté diagnostique que présente souvent la dysidrose :

1^{er} Cas. — *Dysidrose syphiloïde.*

M. A... est âgée de 23 ans. Elle n'a aucun antécédent nerveux personnel ou héréditaire. Elle n'a jamais eu d'affections cutanées ni aucune autre maladie.

L'affection actuelle a débuté, il y a douze ans, avec la menstruation ; depuis elle ne cesse que par période mais pour se montrer à nouveau avec les mêmes caractères.

C'est presque toujours pendant les mois chauds que se montre l'éruption, elle n'existe généralement pas en hiver. Le début de la maladie à lieu par des transpirations abondantes, qui siègent sur tout le corps, mais principalement aux mains.

Dès le début de ces transpirations, apparaissent dans les espaces interdigitaux des vésicules petites, prurigineuses et presque aussitôt après les mains se couvrent d'une transpiration tellement abondante que la malade ne peut travailler à sa couture.

Des vésicules d'abord petites, puis de plus en plus grosses se forment, deviennent coalescentes et aboutissent à de véritables bulles. Ces bulles durent un à deux jours, elles se rompent et, à leur place, apparaît une surface lisse, rouge, vernissée, très sensible, non suintante, sèche, entourée d'une bordure épithéliale légèrement soulevée. Au bout d'un certain temps la bordure tombe et il reste une tache d'un rouge sombre qui devient foncée, brune, et disparaît.

Lorsque la malade est entrée dans le service, les deux paumés des mains étaient couvertes de plaecards éruptifs de la dimension d'une pièce

de 20 à 50 centimes offrant tous les caractères de syphilides érythémato-squameuses érosives ou de syphilides psoriasiformes. Mais à côté de ces éléments existaient d'énormes vésicules et des bulles qui aidèrent au diagnostic.

Il ne peut s'agir de syphilis, la malade n'en a aucun signe, ni héréditaire, ni acquis. Quoique ce ne soit pas une grande nerveuse, elle a une anesthésie complète au sulfate de quinine dans toute la partie droite de la langue. Elle ne sent pas les piqûres d'aiguilles sur les bras que si celles-ci sont faites très profondément. Il n'y a rien du côté des viscères et des urines.

2° CAS. — *Dysidrose palmaire vésiculo-bulleuse.*

M. C... est âgée de 18 ans; elle habite la province et vient consulter pour une affection de la paume de la main qui la gêne pour se livrer à son métier de couturière.

Cette affection a débuté brusquement dans les conditions suivantes : Elle rentrait un soir avec son père, ils furent attaqués par une bande de malfaiteurs. Elle en eut une forte émotion et fut fort mal à l'aise pendant quelques jours. C'est alors qu'apparut brusquement sur les deux mains une éruption de petites vésicules miliaires, en grain de sagou qui n'ont jamais changé d'aspect et qui existent avec les mêmes caractères quand nous voyons la malade.

Elle a les deux paumes des mains recouvertes de petites vésicules qui durent six à huit jours et disparaissent pour laisser place à des vésicules nouvelles, sans produire de desquamation.

Cette affection survient de préférence l'été mais se montre aussi en hiver. La malade n'a jamais transpiré, ne transpire jamais. Elle n'a aucun trouble nerveux, aucune manifestation viscérale.

L'histoire de ces deux malades est fort curieuse, elle montre d'une part combien le diagnostic de la dysidrose est quelquefois difficile. Dans ce cas elle simulait la syphilis; elle peut affecter la forme de l'impétigo et de l'eczéma, de la gale, du pemphigus, de dermites pustuleuses, pustulo-croûteuses, de dermites artificielles, etc., etc. D'autre part elle montre aussi combien la pathogénie de l'affection est obscure. S'il semble que, dans ces deux cas, le facteur névropathie puisse être incriminé; que devient en revanche l'élément glandulaire sudoral.

Dans le premier cas la malade est hyperhidrosique, mais dans le second nous avons une anidrosique complète. Dans le premier cas on peut supposer une excitation des fibres vaso-motrices, vaso-dilatatrices, d'où hypersécrétion sudorable et kystes sudoripares. Mais dans le second peut-on incriminer une paralysie vaso-motrice pour expliquer l'anhydrose, et alors il y aurait rétention sudoripare et absence d'excrétion, d'où accumulation de la sueur sous l'épiderme.

Qu'il y ait kyste ou rétention sudoripare, le mécanisme intime de la dysidrose n'en reste pas moins inconnu.

Cas d'eczéma syphiloïde du cuir chevelu d'origine médicamenteuse et séborrhéique.

PAR P. ALGLAVE.

J'ai l'honneur de présenter à la Société un malade du service de M. le professeur Fournier, intéressant par les lésions du cuir chevelu qu'il présente et qui ressemblent à s'y méprendre à celles de la syphilis.

Antécédents héréditaires. — Cet homme a 58 ans et n'a pas d'antécédents syphilitiques héréditaires, son père est mort à 76 ans, sa mère à 86 ans, et il a un frère et deux sœurs bien portants.

Antécédents personnels. — Lui-même n'a jamais eu la syphilis, il est formel sur ce point; il ne présente d'ailleurs aucune trace de lésion suspecte sur le corps.

Il est marié depuis longtemps et il a deux enfants, un garçon de 23 ans et une fille de 26 ans bien portants.

Sa femme n'a jamais eu d'avortements.

Comme antécédents morbides, on relève chez lui une fièvre typhoïde en 1863; il avait 25 ans.

Il a fait une variole de moyenne intensité en 1879, et l'on en trouve encore de nombreuses cicatrices sur la figure, le cou, le tronc.

En 1892, il fait un érysipèle du cuir chevelu et de la face, suivi d'une chute abondante des cheveux, qui repoussèrent ensuite.

C'est en 1879, immédiatement après la variole, que le cuir chevelu est devenu malade et, à partir de ce moment, le siège d'une séborrhée si abondante que le malade a essayé pendant de longues années tous les traitements qui lui ont été successivement recommandés par les personnes de son entourage.

C'est ainsi qu'il a employé à diverses reprises des lavages réitérés chaque jour avec le savon noir, des applications de savon noir et de carbonate de soude, des lotions de pétrole, des applications de blanc d'Espagne broyé et incorporé à du savon noir, d'absinthe et même d'urine humaine, etc., etc. Toute cette médication n'a fait qu'aggraver la maladie. Il n'y avait eu de légère amélioration, dit le malade, que par la lotion soufrée.

Enfin, il y a trois ou quatre mois, l'affection s'est fortement aggravée; elle a pris le caractère que nous lui trouvons maintenant, en même temps qu'apparaissaient des maux de tête assez intenses. Ces céphalées se font sentir surtout le matin au réveil et semblent partir de l'orbite et de la tempe gauches pour irradier vers la partie moyenne de la voûte.

L'examen de la tête nous montre aujourd'hui une calvitie à peu près complète à la partie moyenne, une couronne de cheveux est conservée qui couvre les tempes et la nuque. Ses cheveux sont fortement chargés d'écaillés épidermiques.

Les parties chauves présentent les lésions les plus intéressantes, qui,

au premier aspect, donnent l'idée de syphilides jeunes du cuir chevelu. On en voit sur le front, qui, par leur siège, à la limite des parties faciale chevelue, et par leur coloration rappellent la *corona veneris* classique.

De là, elles s'étendent d'avant en arrière, du front au vertex, à tout le territoire chauve, qu'elles débordent un peu pour gagner la couronne chevelue périphérique et reparaitre sur le cou à la limite extrême des cheveux.

Au front, les lésions se présentent sous la forme de petits placards irréguliers, faisant à peine saillie, d'un rouge brun comme jambonné; ils sont luisants, légèrement plissés et partiellement recouverts de petites plaques épidermiques de dimensions fort inégales et faciles à détacher par un léger grattage.

Vu leur confluence et leur arrangement au front, les lésions donnent immédiatement l'idée de la couronne syphilitique; dans les points environnants, ils simulent la syphilide pityriasiforme du cuir chevelu et, comme pour mieux tromper l'œil, ils semblent vouloir prendre la disposition circinée en quelques endroits.

Sur le cou, on retrouve les mêmes placards, dont la coloration se confond presque avec celle de la peau de cette région; ils sont recouverts de squames épidermiques argentées.

Le diagnostic d'impression qui se dégage de cet examen est qu'il s'agit de syphilis, d'autant plus que le malade se plaint de maux de tête qui durent depuis quatre mois.

Mais, en y regardant de plus près, ces maux de tête ne sont pas ceux de la syphilis, puisqu'ils ne se font sentir que le matin, et de temps en temps seulement, pour disparaître pendant la journée.

D'autre part, les renseignements donnés plus haut, à savoir que le malade n'a aucun antécédent syphilitique et qu'il s'agit d'une affection ancienne, remontant à dix-sept ans, graduellement aggravée par toute espèce d'agents irritants et à laquelle on peut rattacher la séborrhée intense que l'on constate aussi au niveau des conques auditives, de la barbe, des poils du thorax, nous ramènent au diagnostic d'*eczéma séborrhéique syphiloïde médicamenteux du cuir chevelu*.

Trophonévrose érythémato-bulleuse de la face et du cuir chevelu.

Par M. M. E. GAUCHER et BARBE (1).

Nous avons l'honneur de présenter à la Société de dermatologie un malade âgé de 60 ans, balancier, qui est venu pour la première fois, le

(1) M. PINEAU, élève du service, a eu l'extrême obligeance de photographier ce cas difficile.

25 mars 1896, à la consultation dermatologique de l'hôpital Saint-Antoine, et qui est atteint d'une dermatose dont le diagnostic nous semble assez obscur. Nous désirons avoir l'avis de la Société sur ce cas difficile.

Cet homme, qui n'a pas d'antécédents morbides héréditaires, n'a jamais été sérieusement malade; cependant, depuis quelques années, il a été atteint à plusieurs reprises le long des membres supérieurs et inférieurs, de douleurs assez vives qui ne l'ont jamais forcé à garder le lit, ni même à cesser son travail. Il avoue avoir fait de nombreux excès alcooliques; enfin il a présenté, il y a deux ans, aux membres inférieurs, un eczéma qui n'est guéri que depuis trois mois et qui a laissé de nombreuses taches pigmentaires.

Or, depuis la même époque, c'est-à-dire depuis trois mois, le malade a vu survenir à la face une éruption bizarre consistant en de larges placards érythémateux d'un rouge intense, situés sur les deux joues, sur le nez, sur le côté gauche de la région frontale et à la partie supérieure de la région parotidienne du même côté; la totalité du nez et des joues présente une teinte érythémateuse analogue à celle de la couperose.

Cà et là existent sur ces placards des croûtes brunâtres irrégulières, disséminées sans ordre; entre ces croûtes se trouvent quelques bulles également de forme irrégulière, remplies d'un liquide légèrement teinté en rose et parfois même sanguinolent, qui donne aux croûtes cette coloration d'un brun foncé. Le malade dit bien que l'apparition des bulles précède toujours la formation des croûtes. Sur le vertex existe en deux points différents un amas croûteux plus large et plus épais que ceux de la face, ayant même l'aspect rupioïde. Comme le malade est chauve, ces lésions sont très faciles à voir. Sur la plaque du front il n'y a pas encore de croûte, mais au centre et à la périphérie de cette plaque existe un soulèvement bulleux. Enfin derrière l'oreille droite l'on observe la trace d'une phlyctène sanguinolente.

Sur le reste du corps il n'a jamais existé d'éruption semblable, sauf dans la gorge où, le 15 avril, le malade a présenté sur la paroi postérieure du pharynx du côté gauche et sur la partie voisine de l'amygdale gauche une ulcération de la muqueuse, allongée verticalement et recouverte d'un exsudat blanchâtre, reliquat d'une large bulle formée peu de jours auparavant. Le 8 juin, le malade présente sur la paroi postérieure du pharynx à droite une nouvelle bulle, aussi volumineuse que la précédente.

Si on poursuit l'examen des autres organes, on note quelques troubles du côté du système nerveux : un myosis double assez accentué, des vertiges, des douleurs dans les membres, sur lesquelles nous avons insisté au début de l'observation, et enfin une diminution très notable des réflexes rotuliens. Enfin l'auscultation du cœur nous a fait reconnaître des irrégularités des battements, mais sans signe de lésion valvulaire. Le pouls est faible et irrégulier. Il s'agit très probablement d'une myocardite scléreuse. Il n'y a pas de troubles vésicaux, pas d'albumine, ni de sucre.

Quelle est la nature de cette éruption bizarre? Nous avouons que

nous sommes forts embarrassés. Il ne s'agit pas ici d'une dermatite herpétiforme; la localisation de l'éruption à l'extrémité céphalique, l'absence de démangeaisons plaide contre cette hypothèse. Il s'agit encore moins d'un pemphigus chronique vulgaire. Il ne peut être question d'une éruption médicamenteuse car le malade n'a pris aucun médicament.

Bien que cet homme n'eût jamais été atteint antérieurement d'aucune manifestation syphilitique, en présence de l'aspect rupioïde de quelques croûtes, nous essayâmes d'abord le traitement spécifique, qui consista dans l'administration de pilules de sublimé et d'iodure de potassium. Il y eut, pendant les premiers jours du moins, une transformation notable de l'éruption.

Le 1^{er} avril, le nez était très amélioré, il n'y restait plus qu'une petite croûte; la joue droite était devenue presque lisse, bien qu'elle fût encore couverte d'une vive rougeur.

Le 15 avril, les croûtes continuaient à tomber; cependant, bien que le malade fut sous l'influence du traitement antisypilitique, il se forma sur la plaque du front une bulle qui donna naissance à une croûte jaunâtre. C'est à la même époque qu'apparut la première bulle du pharynx; on toucha à plusieurs reprises l'exulcération consécutive avec la teinture d'iode, jusqu'au 1^{er} juin, jour où il n'en resta aucune trace. Depuis le 11 mai, l'iodure de potassium avait été suspendu, à cause de l'apparition de nouvelles bulles à contenu hémorrhagique. Mais le traitement mercuriel fut continué sans relâche, malgré la formation d'une seconde bulle dans le pharynx, d'une autre sur la joue gauche et d'une nouvelle sur le vertex.

En présence de ces poussées successives, l'hypothèse d'une syphilis méconnue devient de moins en moins admissible, et, à cause des troubles nerveux d'apparence tabétique présentés par le malade, nous pensons que le diagnostic le plus probable est celui de *trophonévrose cutanée*, quelque obscure que soit la pathogénie de cette lésion trophique, et quelque anormale que soit sa forme.

Syphilis mutilante de la face simulant la scrofule.

Par M. DANLOS.

Cette malade est présentée uniquement pour montrer combien la syphilis peut ressembler à la scrofule-tuberculose dans certaines de ces altérations. Toute une partie du visage et le cou du même côté sont couverts des tumeurs mamelonnées entrecoupées de cicatrices profondes bourgeonnantes. Actuellement les lésions, très rapidement modifiées par le traitement spécifique, sont en voie de guérison. Le malade n'a aucun antécédent syphilitique.

Cas de dermatosclérose. Sclérodermie en plaque.

Par M. DANLOS.

La plaque de dermatosclérose que présente ce malade date de neuf mois. C'est une plaque isolée qui siège vers la région scapulaire gauche. Elle mesure environ 5 centim. de diamètre. La particularité est sa constitution : du centre de la plaque partent de véritables stries, des sortes de rayons divergents qui s'anastomosent vers la périphérie de façon constituer un réseau. Entre les mailles du réseau existent de fines vascularisations sanguines.

M. TENNESON. — Le mot dermatosclérose peut entraîner la confusion, il vaut mieux dire sclérodermie.

Sur un nouveau cas d'amélioration durable d'un lupus par l'érysipèle.

Par MM. HALLOPEAU et G. BUREAU.

La discussion engagée à la Société de dermatologie au mois de décembre 1895, sur cette question, reste toujours ouverte malgré les faits démonstratifs apportés par l'un de nous. Nous en avons pour témoin la récente communication faite par M. Thibierge à la *Société médicale des hôpitaux*, le 15 mai dernier. Il y émet, en effet, les conclusions suivantes :

1° Personne n'a établi que l'action de l'érysipèle ait amené la guérison définitive d'un lupus, ni qu'elle en ait déterminé une amélioration durable.

2° Loin de chercher à provoquer sur le tégument la rencontre du bacille de Koch et du streptocoque, on doit l'éviter par tous les moyens possibles ; l'apparition de ce dernier peut être l'origine de lésions éléphantiasiques qui, en s'ajoutant au lupus, superposent à une maladie rebelle une difformité non moins persistante et plus gênante encore.

En formulant ces propositions, M. Thibierge n'a pas eu présent à l'esprit le fait que l'un de nous a communiqué à la *Société de dermatologie* le 12 décembre 1895. Nous rappellerons qu'il s'agissait d'une malade guérie depuis six ans d'un lupus vulgaire par un érysipèle intercurrent. Il est donc incontestablement établi que, contrairement à l'assertion de M. Thibierge, l'érysipèle peut amener une guérison durable du lupus.

La malade que nous avons l'honneur de vous présenter aujourd'hui est

moins complètement démonstrative puisque la guérison n'est pas absolue ; mais son histoire prouve néanmoins que l'érysipèle peut amener une amélioration considérable et durable.

Elle est atteinte d'un lupus très étendu au visage, remarquable par son caractère végétant et ulcéré et qui, pendant cinq années, avait résisté à un traitement régulier par le thermo ou le galvano-cautère. Son état, à la suite du traitement par les injections de toxines streptococciques avait été fort notablement amélioré ; néanmoins au mois de juillet dernier, époque à laquelle on cessa ces injections, il persistait encore de nombreuses ulcérations (1) et un état végétant du derme.

Du mois de juillet au mois de novembre, ce lupus resta à peu près stationnaire. Le 13 novembre, la malade contracta un érysipèle qui a été intense, puisque, transportée au bastion 29, elle y séjourna dix-sept jours avec une température assez élevée pour déterminer l'usage des bains froids.

A la suite de cet érysipèle, une amélioration manifeste se produisit du côté de son lupus ; les ulcérations se cicatrisèrent rapidement ; et, un mois après environ, la malade se trouvait dans l'état où vous la voyez actuellement, c'est-à-dire, si non complètement guérie de son lupus, du moins considérablement améliorée. Il n'existe plus, en effet, aucune ulcération ; toute la surface occupée anciennement par le lupus est maintenant entièrement remplacée par un tissu cicatriciel, souple, élastique ; on y voit bien encore quelques nodules lupiques mais ils sont très peu nombreux, tout à fait plans et n'ont aucune tendance à s'étendre, à s'ulcérer, ni à végéter.

Ce fait montre que l'action de l'agent de l'érysipèle lui-même est bien supérieur à celle des toxines retirées de ses cultures.

D'autre part, dans le cas rapporté par M. Thibierge, il ne nous semble nullement prouvé que le malade ait été atteint d'érysipèles ; ces phénomènes inflammatoires, partant du dos de la main pour s'arrêter vers le coude et rétrocéder au bout de deux jours ont bien plutôt les caractères d'une lymphangite ; on ne voit guère, en effet, les érysipèles des membres se limiter ainsi ni avorter aussi rapidement ; on sait, au contraire, que des angioleucites récidivantes sont les causes habituelles de ces éléphantiasis. M. Thibierge n'est donc pas autorisé à dire que l'érysipèle a été l'agent déterminant des lésions éléphantiasiques qui sont venues compliquer le lupus de son malade.

Nous déclarons encore une fois que : 1° *l'érysipèle peut amener une amélioration et même une guérison durable du lupus ;*

2° *Qu'une des meilleures chances de guérison pour un lupique est de contracter cette maladie ;*

3° *Qu'il y aura lieu d'en pratiquer l'inoculation, lorsqu'on*

(1) HALLOPEAU et ROGER. Action des toxines streptococciques sur le lupus. Observation III in *Presse médicale*, 8 avril 1896.

sera en possession d'un moyen de traitement capable d'en enrayer les progrès au moment voulu s'il vient à prendre un caractère dangereux.

M. THIBIERGE. — Je répondrai à M. Hallopeau que la malade actuelle n'est pas guérie, mais simplement améliorée, et encore d'une façon relative : jamais je n'ai nié la possibilité d'une amélioration de ce genre, reste à savoir si elle se maintiendra. Quant au malade dont il a été question à une autre séance, je ne l'ai pas vu ; j'accepte donc qu'il ne présente plus actuellement de lésions lupiques, ce qui ne veut pas dire qu'il n'en présentera plus dans l'avenir.

Pour ce qui est du malade que j'ai présenté à la Société médicale des hôpitaux, je continue à penser qu'il a eu des érysipèles, et cela d'autant plus que je viens d'être témoin d'une des poussées dont il m'avait fait le récit très exact ; l'aspect n'est pas celui d'une lymphangite, mais bien celui d'une de ces formes d'érysipèle auxquelles on a donné le nom absolument déplorable d'érysipéloïdes et qui relèvent (l'observation clinique, les faits de contagion et l'examen bactériologique m'en ont dès longtemps convaincu) du même agent pathogène que l'érysipèle typique et le plus grave.

Je maintiens donc que l'érysipèle n'est pas, comme vient de nous le répéter M. Hallopeau, un des meilleurs moyens de guérison du lupus. D'autre part, un érysipèle inoculé peut être la cause d'accidents graves, voire même de la mort, soit à brève échéance, soit plus tardivement, à l'occasion de poussées nouvelles d'infection streptococcique, ou par le fait de reliquats viscéraux de cette infection. Dans ces conditions, il est dangereux, il est coupable de parler du traitement du lupus par l'inoculation de l'érysipèle. Je constate d'ailleurs que M. Hallopeau, jadis porté à l'expérimenter, nous déclare aujourd'hui qu'il le réserve pour l'époque — encore combien lointaine ? — où on possédera une méthode de traitement capable de juguler l'érysipèle.

M. HALLOPEAU. — Contrairement à ses conclusions, M. Thibierge reconnaît que l'érysipèle peut déterminer une amélioration durable et il ne peut contester le cas de guérison que nous avons présenté antérieurement. Je maintiens que, cliniquement, on doit distinguer l'érysipèle de la lymphangite.

M. BARBE. — Schwimmer a signalé un cas de guérison du lupus par l'érysipèle.

Sur une pseudo-pelade probablement tropho-névrotique.

Par MM. H. HALLOPEAU et G. BUREAU

L'un de nous a déjà montré à la Société, au mois d'avril 1895, un cas d'alopécie pseudo-peladique avec taches achromatiques et hyper-

pigmentation périphérique auquel il attribuait vraisemblablement une origine nerveuse. La même année, M. Arnozan publiait un cas à peu près analogue.

La jeune malade que nous avons l'honneur de vous présenter aujourd'hui, nous semble être un nouveau cas de ces pseudo-pelades d'origine tropho-névrotique.

Voici son histoire résumée :

Jeanne M..., âgée de 9 ans, d'un tempérament très nerveux, est atteinte depuis le mois de septembre 1893 d'une affection du cuir chevelu, qui débute à cette époque par trois plaques sous forme de bandes allongées verticalement, situées sur le côté droit de la tête, et au niveau desquelles les cheveux disparurent complètement. L'enfant partit bientôt pour Marseille et les parents ne la revirent qu'en septembre 1895. A ce moment, les plaques du côté droit de la tête persistaient toujours, puis était apparue la plaque que l'on voit encore actuellement sur la nuque et les sourcils étaient complètement tombés. L'enfant quitta de nouveau ses parents et revint en février 1896 dans l'état où elle est actuellement.

État actuel. — Sur la nuque, empiétant à la fois sur la peau et sur le cuir chevelu, on voit une large plaque blanche mesurant 6 centim. et demi verticalement sur 8 transversalement. Cette plaque est absolument médiane et s'étend symétriquement des deux côtés ; son pourtour est irrégulièrement circulaire, formé par des lignes convexes en dehors ; sa surface est d'un blanc mat ; à son niveau, le pigment a disparu ; à son pourtour au contraire la peau présente une hyperpigmentation très prononcée ; cette hyperchromie va ensuite en s'atténuant peu à peu pour se confondre insensiblement avec la pigmentation normale de la peau.

La peau qui recouvre cette plaque blanche est lisse, mince, souple, comme atrophiée ; la limite entre cette plaque et la zone hyperpigmentée est nettement indiquée par un bourrelet pigmenté, surélevé et présentant de fines stries, aussi la plaque elle-même semble-t-elle comme déprimée.

Dans la partie de cette plaque, qui correspond au cuir chevelu, les cheveux ont repoussé. Ils présentent la longueur et l'épaisseur des cheveux normaux ; ils sont assez solides, mais complètement blancs. On ne voit pas à la périphérie de la plaque de cheveux renflés en massue comme dans la pelade.

Sur la partie antérieure du cuir chevelu, à la limite du front, se trouve une autre petite tache arrondie, de la dimension d'une pièce de 50 centimes sur laquelle repoussent quelques poils noirs, fins, laineux et aussi quelques poils blancs, mais on ne voit aucun cheveu présentant l'aspect des cheveux peladiques.

De chaque côté du front, et symétriquement, on voit, s'avancant à une certaine distance dans le cuir chevelu, une surface où les cheveux sont excessivement rares ; on y aperçoit des cheveux fins et cassés, mais on trouve aussi dans l'aire de cette plaque alopécique des cheveux semblant absolument normaux et il est impossible d'y découvrir des poils renflés en massue. Il paraît y avoir une légère hyperpigmentation autour de ces plaques.

Les poils des sourcils ont repoussé, mais ils sont encore rares dans leur partie externe ; ceux qui existent sont fins et se laissent facilement arracher.

Les troubles de la sensibilité sont peu accentués ; il semble cependant que la sensibilité soit un peu amoindrie au niveau des plaques du cuir chevelu.

En terminant, nous ferons remarquer que cet enfant, qui, depuis le début de son affection, est toujours resté en contact avec d'autres, n'en a contagionné aucun.

Les différents caractères que présentent les lésions du cuir chevelu chez cet enfant sont bien différents de ceux de la pelade vulgaire. On n'y voit point les cheveux caractéristiques renflés en massue, ni la teinte éburnée des plaques alopéciques ; les cheveux qui repoussent blancs sont forts, vigoureux et bien différents des cheveux blancs minces, fragiles, que l'on voit repousser dans la vraie pelade et qui ne sont que temporaires. Au contraire, la *symétrie parfaite des lésions, l'achromatose au niveau des plaques avec zone périphérique hyperpigmentée, la repousse de cheveux vigoureux mais privés de pigment, les légers troubles de sensibilité au niveau de ces surfaces, sont bien plus en rapport avec des lésions d'origine nerveuse ; cette alopecie semble bien reconnaître pour cause un trouble tropho-névrotique.*

M. SABOURAUD. — Il ne s'agit pas, en effet, d'une pelade mais d'une véritable canitie avec hyperchromie et bords arciformes.

Quelques cas de lupus traités par les caustiques chimiques et note sur cette méthode de traitement.

Par M. MARTINET, interne des hôpitaux.

I. — C'est chose banale de dire que, de toutes les affections de la peau, le lupus est celle dont le traitement expose aux mécomptes les plus lamentables. Nous n'en voulons pour preuve que les cas si nombreux d'infirmiers et d'infirmières lupiques de Saint-Louis, qu'aucune intervention n'a jamais pu radicalement guérir et qui promènent dans les cours de l'hôpital la preuve de l'insuffisance actuelle de nos méthodes thérapeutiques.

Ce n'est pas à dire que l'on obtienne, par un traitement intelligent et sévère, des améliorations, des quasi-guérisons. L'extirpation radicale par le bistouri, telle que la pratique Lang de Vienne, les scarifications de Vidal, la galvano-puncture introduite dans la pratique hospitalière par M. le D^r Besnier, l'emploi raisonné des caustiques,

jadis si en honneur, repris et réglé par notre maître M. le Dr Tenneson, chacun de ces traitements compte à son actif des résultats parfois brillants, souvent satisfaisants. La multiplicité même des méthodes indique qu'aucune d'entre elles n'est spécifique, que chacune répond à des cas spéciaux, à des indications particulières. Ici, comme en bien d'autres sujets, l'éclectisme s'impose et en attendant mieux nous devons nous borner à préciser le manuel opératoire de chacune d'elles, à en discuter les avantages et les inconvénients, à en signaler les résultats et les accidents, à en poser enfin les indications et les contre-indications. C'est ce que nous allons essayer de faire pour les caustiques, en nous efforçant d'être le reflet le plus fidèle de l'enseignement de notre maître.

II. — TECHNIQUE. — Les matériaux nécessaires au traitement du lupus par les caustiques sont : quelques curettes tranchantes de grand et de petit modèle, fenêtrées ou non, de la pâte de Vienne, de la pâte de Canquoin, du diachylon et les objets nécessaires à l'application de pansements humides boriqués ou à l'eau bouillie.

Le manuel opératoire sera réglé de la façon suivante :

1° Aseptiser la région (au moins approximativement) et faire tomber les croûtes par des pansements humides renouvelés pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures avant l'intervention.

2° Après ou sans anesthésie (tous les dermatologistes préfèrent, autant que faire se peut, se dispenser du stypage qui, donnant à la région une teinte uniforme, masque complètement les lésions), après ou sans anesthésie curetter le lupus avec la curette maniée vivement et vigoureusement. La curette est un instrument intelligent qu'on peut manier sans crainte, car il fait le départ des tissus sains et des tissus malades. Arrêter la légère hémorrhagie consécutive par l'application de ouate ou de compresses sèches, combinée s'il est nécessaire avec une compression modérée.

3° Appliquer avec la spatule de la pâte de Vienne (potasse à la chaux 50 p., chaux 60 p.) que l'on a préalablement délayée avec un peu d'alcool de manière à obtenir une pâte molle, non coulante, facilement applicable; on dépassera d'un demi-centimètre les limites du lupus et on laissera en place dix minutes si l'application doit être suivie d'application de pâte de Canquoin, quelques minutes de plus si la pâte de Vienne est le seul caustique employé. On enlèvera alors soigneusement à la spatule toute la pâte appliquée.

4° Si l'on veut obtenir une destruction plus profonde, plus radicale, on appliquera alors de la pâte de Canquoin (chlorure de zinc 1 pour 2, 3, 4 de farine). La choisir de consistance ferme, et cependant simple, plastique, pouvant se mouler exactement sur la région à recouvrir, la tailler sur le modèle du lupus à détruire sans craindre trop d'empiéter sur les parties saines, le Canquoin n'attaquant pas les

surfaces dont la couche cornée est intacte, la fixer par quelques bandettes de diachylon en croix et la laisser en place 4, 5, 6 heures suivant que l'épaisseur des téguments est plus ou moins grande et que la douleur est plus ou moins violente. La retirer au bout de ce temps.

5° Appliquer des pansements humides à l'eau bouillie froide ou à l'eau boriquée et les renouveler 2 ou 3 fois par jour jusqu'à la chute de l'eschare qui survient en général du 10^e au 18^e jour, les continuer sur la plaie simple consécutive dont on surveillera la cicatrisation.

6° Compléter le traitement s'il est nécessaire par quelques greffes de Thiersch ou de Reverdin, surtout si l'on craint la rétraction cicatricielle, l'ectropion.

On peut dans beaucoup de cas supprimer les temps 2°, 4°, 6°, en sorte que l'intervention ainsi simplifiée se réduit à :

a) Asepsie de la région par des pansements humides à demeure vingt-quatre ou quarante-huit heures ;

b) Application de pâte de Vienne d'une durée de 10 à 15 minutes suivant la technique sus-indiquée ;

c) Pansements humides à demeure jusqu'à complète cicatrisation.

III. — RÉSULTATS — A. *Immédiats*. — La douleur est légère pendant l'application de la pâte de Vienne, elle est plus vive pendant les dernières heures de l'application de la pâte de Canquoin. Les malades d'ailleurs la déclarent supportable et on pourrait sans doute l'atténuer par des injections préalables de morphine.

La région se tuméfie considérablement dans les heures qui suivent et cette tuméfaction persiste de 24 à 36 heures.

On assiste enfin à la formation d'une eschare noire, dure, épaisse d'un demi-centim., en moyenne, eschare qui se détache du dixième au dix-huitième jour, laissant après elle une plaie simple qui aboutit à une cicatrice lisse, souple, unie, blanche, de bel aspect en un temps moyen de 3 à 5 semaines suivant la grandeur du lupus.

B. *Résultats consécutifs*. — Ils nous paraissent fort satisfaisants :

Au point de vue de la cicatrice qui reste en général simple, lisse, non bridée. Ce n'est pas à dire que nous n'ayons eu quelques cicatrices hypertrophiques, comme d'ailleurs avec les autres méthodes, mais il nous a semblé que dans ces cas nous devons surtout incriminer les soins consécutifs, l'insuffisance des pansements, car toutes les fois que nos malades ont conservé à demeure leur pansement aseptique (eau bouillie) ou antiseptique (eau boriquée), toutes les fois que la cicatrisation s'est effectuée à l'abri des organismes pyogènes du milieu ambiant la cicatrice a été de bonne nature. C'est ce qui explique que nous ayons rencontré ces cicatrices presque exclusive-

ment chez nos malades externes dont les pansements n'étaient pas faits ou renouvelés avec tout le soin désirable.

Au point de vue du lupus lui-même les récidives, quand elles se sont produites, se sont montrées sous forme de tubercules isolés, solitaires, aberrants, dont nous avons eu facilement raison avec l'aiguille du galvano-cautère. Assez fréquentes avec l'emploi de la pâte de Vienne seule, elles nous ont paru beaucoup plus rares si on le fait suivre d'application de pâte de Canquoin et surtout si l'on empiète d'un demi-centim. sur les limites apparentes de la lésion.

IV. — ACCIDENTS. — Jamais nous n'avons constaté de généralisation de la tuberculose ou de complication à distance.

Comme accidents locaux, nous n'avons eu ni adénites suppurées, ni complications phlegmoneuses. M. Tenneson nous a dit avoir eu l'année dernière un cas d'érysipèle d'ailleurs bénin, à un moment où un autre érysipèle se trouvait dans la salle. On évitera sûrement les complications infectieuses, de même que les cicatrices vicieuses qui sont pour nous de même nature par l'application stricte *permanente* d'un pansement humide occlusif; nous ne saurions assez y insister.

Une seule fois nous avons eu, consécutivement à l'emploi de Canquoin sur les lèvres, une hémorrhagie assez sérieuse lors de la chute de l'eschare; une coronaire avait été ouverte. Cette hémorrhagie a d'ailleurs été facilement arrêtée par le thermo-cautère, l'application de compresses recouvertes d'antipyrine en poudre et quelques piqures d'ergotine.

Deux fois dans un lupus de la main, nous avons eu des adhérences vicieuses de la cicatrice et des tendons extenseurs après application de Canquoin.

Deux fois enfin, au début de ses essais sur les caustiques, M. Tenneson nous a dit avoir eu à constater une perforation du nez qui a dû être comblée par l'autoplastie. Le Canquoin avait aussi été appliqué.

Ce sont des incidents facilement évitables, nous aurons à en tenir compte au point de vue des indications.

V. — INDICATIONS. — Cette méthode nous paraît la méthode de choix dans les cas de lupus vulgaire circonscrit en placards de dimension moyenne ou grande.

Elle nous paraît se recommander : 1° par la simplicité de son manuel opératoire qui ne nécessite aucun instrument spécial, la met à la portée de tous les praticiens et la rend facilement acceptable pour les familles.

2° La facilité de son exécution même chez les enfants indociles, toute l'opération consistant en une application de pâte d'un appareil peu effrayant.

3° Enfin et surtout par la rapidité du traitement. C'est là son avantage capital. Une seule séance est nécessaire dans les cas ordinaires

et la cicatrisation est complète en un ou deux mois, même pour un lupus de grande surface. C'est donc par excellence une méthode de vitesse à opposer aux lenteurs vraiment excessives du galvano-cautère et des scarifications. Et l'argument est, je crois, d'une singulière valeur quand on réfléchit à la quantité des malades que leur situation sociale ou leur pusillanimité mettent dans l'impossibilité de se soumettre pendant des mois, voire des années à des séances hebdomadaires longues et douloureuses de galvanopuncture ou de scarification. Combien de malades et de médecins ont le courage et la patience de subir ou de diriger un traitement d'une si désespérante lenteur!

VI. — CONTRE-INDICATIONS. — La méthode des caustiques est contre-indiquée dans le lupus érythémateux au même titre d'ailleurs que les autres interventions actives, le lupus érythémateux aboutissant spontanément à la cicatrisation, ne s'ulcérant jamais et ne produisant jamais de mutilations.

Dans le lupus à tubercules petits, isolés, disséminés, l'aiguille du galvanocautère est l'instrument de choix.

Le lupus des muqueuses relève encore du galvano (aiguille ou grille suivant les cas). Cependant, dans quelques cas de lupus des lèvres, nous avons obtenu des résultats vraiment surprenants par l'emploi des caustiques.

Il faudra se montrer circonspect dans les cas de lupus avoisinant les orifices naturels, surtout les yeux.

Syphilis maligne.

Par M. CANUET.

E. H... est une femme de 30 ans qui nous fournit, dans le service de M. le professeur Fournier, une observation de syphilis maligne intéressante par le phagédénisme et la symétrie de deux syphilides ulcéreuses des cuisses, et par une attitude de demi-flexion de la jambe sur la cuisse, probablement déterminée par la contracture des muscles de la région postérieure de la cuisse.

Sa mère, qui est morte tuberculeuse, avait eu neuf enfants qui sont encore tous vivants; mais tandis que les garçons sont robustes, les filles sont délicates; l'une semble au début d'une tuberculose pulmonaire; quant à celle qui nous occupe, elle n'a pas fait dans son enfance, de maladie grave dont elle se souvienne, mais elle a toujours été très chétive. Réglée à 20 ans seulement, très difficilement, elle souffre beaucoup au moment des époques qui restent irrégulières, manquant quelquefois trois mois de suite. La malade a toujours été domestique dans des places qu'elle dit fatigantes.

Il y a cinq ans, elle aurait eu une pleurésie qui n'a pas nécessité de

ponction ; peu après elle a l'influenza, toussé pendant longtemps, crache quelques filets de sang. A la même époque se montrent des troubles gastro-intestinaux : vomissements fréquents après avoir mangé, diarrhée rebelle. La recherche attentive de l'éthylisme est restée négative, pas de pituite le matin, pas de cauchemars, pas d'habitudes d'intempérance.

Il y a deux ans, elle entre à Saint-Louis pour un chancre vulvaire avec adénopathie inguinale, surtout marquée à gauche, adénopathie qui semble avoir été intense, elle gênait la marche. Plaques muqueuses très nombreuses dans la bouche, avec adénopathie cervicale volumineuse. On lui donne des pilules mercurielles et de l'iodure. Au bout d'une semaine, elle se disposait à partir, quand une iritis s'est déclarée à l'œil droit et a entraîné la perte de la vue ; puis l'œil gauche est également atteint ; elle sort de l'hôpital et pendant un mois aucun accident ne survient ; après cette rémission, elle souffre de nouveau des yeux, a de très violentes douleurs de tête qui, dit-elle, redoublaient la nuit. Elle perd ses cheveux.

Pendant tout ce temps la malade a pris des pilules mercurielles avec de très rares interruptions et du sirop de Gibert. D'ailleurs, même pendant l'évolution des accidents qui vont suivre, elle s'est toujours traitée ; elle a pris jusqu'à quatre cuillerées par jour de sirop de Gibert et ne pouvant les supporter est descendue à trois.

Il y a environ dix mois, apparaît une éruption intense qui a laissé des cicatrices nombreuses et a servi de début aux lésions pour lesquelles elle entre dans le service.

Elle est admise salle Henri IV, le 30 mai 1896, pour deux vastes syphilides phagédéniques, ulcéreuses, situées symétriquement à la partie supérieure de chaque cuisse. Elles se présentent sous l'aspect de deux vastes placards occupant toute la face antérieure du tiers supérieur des cuisses, se prolongent en dehors jusqu'à la région trochantérienne et se continuent en dedans sur la face interne des cuisses. Le bord supérieur est exactement parallèle au pli inguino-crural qu'il longe immédiatement ; en hauteur, l'ulcération peut mesurer 10 à 12 centimètres. Son fond est composé d'une série d'ulcérations régulièrement arrondies devenues confluentes, recouvert sur un grand nombre de points de croûtes plus ou moins épaisses, plus ou moins adhérentes, variant, comme coloration, du jaune au brun noirâtre. L'extrémité interne des deux ulcérations est cicatrisée, ce qui permet de penser qu'elles ont évolué à la façon d'une syphilide serpigneuse. L'adénopathie inguinale est peu accusée.

Sur le reste du corps, on trouve, groupées en bouquets, un grand nombre de cicatrices lisses, arrondies, fortement pigmentées, restes de syphilides. Voici sur quels points on les rencontre : toute la région du coude droit, aussi bien en arrière qu'en avant et se prolongeant en bas sur la face postérieure de l'avant-bras ; face antérieure du poignet droit ; au coude gauche, disposition très remarquablement symétrique. Aux deux épaules, disposition également symétrique en épaulettes. Région scapulaire supérieure droite et gauche, lombaire inférieure droite. Sternale supérieure. A la jambe droite : cou-de-pied et région malléolaire interne. A la jambe gauche, région malléolaire externe. Syphilide pigmentaire du cou.

On remarque, en outre, que les deux articulations du genou sont immobilisées dans la demi-flexion. L'examen des surfaces articulaires ne révèle ni augmentation de volume ni irrégularités, la synoviale est restée souple, il n'y a pas d'épanchement inter-articulaire, mais les saillies tendineuses du demi-tendineux, du droit interne en dedans, du biceps en dehors sont très accusées et c'est la contracture et la rétraction des muscles qui semblent limiter ainsi l'extension. L'atrophie du triceps crural est considérable. Si l'on cherche à mobiliser l'articulation, on peut compléter la flexion de la jambe sur la cuisse, mais si l'on veut étendre la jambe, on est totalement arrêté. Les réflexes, difficiles à rechercher, sont conservés. Cette demi-ankylose remonterait à huit mois et aurait été précédée de sensations de faiblesse dans les jambes, de raideur dans les mollets, d'élanements douloureux.

Du côté des yeux actuellement on trouve : A droite : irido-choroïdite, occlusion complète de la pupille par synéchie, atrophie du globe oculaire. A gauche : iritis ancienne, exsudat pupillaire, synéchie, œil inéclairable.

L'état général n'est pas satisfaisant, la malade est très anémiée, mange peu, dort mal. Elle tousse et crache depuis longtemps. A l'auscultation, on trouve des signes d'induration des sommets. L'examen des crachats a permis d'y constater la présence du bacille de Koch. Les battements du cœur sont précipités ; souffle vasculaire d'anémie au niveau des vaisseaux du cou. Le foie semble normal. Albumine dans les urines.

Cette observation nous a paru intéressante, à cause de la malignité de la syphilis chez cette malade, malgré un traitement sérieux ; à cause de la remarquable et presque absolue symétrie des lésions : bouquets de cicatrices aux deux épaules, aux deux coudes ; ulcérations aux deux cuisses ; enfin, par cette singulière contracture des muscles de la cuisse, permanente et bilatérale.

Syphilis maligne précoce.

Par MM. CANUET et BARASCH.

Nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de M. le professeur Fournier ce cas remarquable et par la confluence des éléments et par l'importance des lésions.

La nommée D... est une femme âgée de 49 ans qui entre à l'hôpital le 6 juin 1896. Le début de l'éruption qu'elle présente remonte à deux mois et s'est fait par l'apparition de taches rouges sur la poitrine et sur le ventre. Actuellement tout le corps est couvert d'éléments éruptifs les plus différents mais où prédominent des papules et surtout des ulcérations recouvertes de croûtes épaisses ; le polymorphisme de l'éruption est absolu ; on rencontre de simples papules superficielles, variables comme coloration, des papules très surélevées, des éléments papulo-squameux, eczémateux, des ulcérations, des croûtes.

C'est dans le dos que les lésions sont le plus particulières. On trouve, occupant presque toute la moitié supérieure du dos, un vaste placard croûteux constitué par un grand nombre d'ulcérations devenues confluentes et chacune recouverte séparément d'une croûte stratifiée, brunâtre, dont l'épaisseur mesure pour quelques-unes jusqu'à un demi-centimètre; sur les bords on voit la croûte pénétrer dans l'ulcération, s'enchâsser dans la peau; certaines de ces ulcérations mesurent 2 et 3 centimètres de diamètre. En avant, sur la poitrine, on rencontre des éléments papulo-squameux qui se groupent surtout sur les régions pectorales; les éléments ulcéro-croûteux sont plus disséminés que dans le dos, les ulcérations restent isolées les unes des autres, mais les croûtes gardent leur même caractère; elles sont pénétrantes et enchâssées.

Aux membres supérieurs, l'éruption reste confluite, dans la région de l'épaule et à la face antérieure du bras; mais les éléments deviennent de plus en plus isolés sur l'avant-bras pour disparaître complètement sur les mains. Il existe trois petites papules dans la paume de la main gauche, la main droite est respectée. Aux membres inférieurs, les papules et les papulo-squames se montrent isolées dans la partie inférieure et deviennent de plus en plus nombreuses en remontant vers la racine du membre. A la figure, mêmes éléments, mais moins nombreux, prenant le caractère papuleux sur le menton et papulo-croûteux au niveau du front. Syphilides maculeuses et papuleuses presque confluentes du cuir chevelu, alopecie en clairière. L'examen de la cavité buccale permet de constater des syphilides linguales et des syphilides ulcéreuses des amygdales.

Du côté des yeux, les conjonctives sont légèrement injectées: une iritis gauche évolue sans grand retentissement; peu de douleur, pas de photophobie, nombreuses synéchies postérieures, exsudats papillaires, inégalité des pupilles, la gauche est de moitié plus petite que la droite.

Malgré de telles lésions, l'état général est très satisfaisant et il faut remarquer qu'il n'y a jamais eu ni céphalée, ni douleurs articulaires, ni fièvre. L'appétit est suffisant.

La sensibilité est intacte, même au niveau des placards éruptifs. Réflexes conservés. L'examen des poumons, du cœur, du foie, de la rate ne donne pas de renseignements. Urines normales.

Comme traitement, on fait une injection de calomel.

L'accident initial reste ignoré; jamais la malade n'a rien remarqué et nous n'avons pas trouvé de traces révélatrices malgré une recherche méticuleuse. Les ganglions de l'aîne cependant sont volumineux.

Quel facteur de gravité faut-il ajouter ici? Rien dans les antécédents héréditaires de la malade ne laisse supposer une déchéance quelconque. Elle-même a toujours été bien portante; elle n'a eu aucune maladie de peau antérieure si ce n'est de l'impétigo du cuir chevelu jusqu'à l'âge de 12 ans. Jamais elle n'a eu de fièvre intermittente; elle n'est pas tuberculeuse. Aucun traitement n'a été fait, mais cela s'explique puisque la grave éruption actuelle est la première manifestation de la syphilis, et cependant nous avons affaire à une syphi-

lis maligne; les accidents que nous avons relatés le prouvent, et précocement maligne; en effet, la multiplicité et le polymorphisme des éléments empêchent de penser sérieusement au tertiariisme. Mais nous arrivons à trouver un des plus fréquents facteurs de gravité, l'alcoolisme. Du propre aveu de la malade elle boit depuis longtemps et suffisamment pour que nous constations chez elle du tremblement de la langue et des mains. Elle a eu des pituites le matin, des cauchemars, elle a ressenti des crampes dans les mollets.

Urticaire pigmentée probable.

Par M. EUDLITZ.

Germaine L..., âgée de 3 ans et 8 mois, m'est amenée par sa mère pour une éruption datant d'environ un an. Elle est née à terme, a toujours été bien portante; elle a deux frères bien portants.

Le père et la mère sont bien portants et n'ont jamais eu de maladies cutanées. Du côté du père, le grand-père est asthmatique, la grand'mère est morte en couches. Du côté de la mère, la grand'mère est mélancolique, le grand-père a eu de l'eczéma. La petite malade a des cousins qui ont très facilement de l'urticaire.

Il y a quatre mois, la petite malade a eu une éruption qualifiée de roséole par son médecin; cette éruption a duré deux jours et a disparu sans laisser de traces. Il y a deux mois, Germaine L... s'est fait une brûlure assez étendue de la jambe gauche qui a guéri en quinze jours et qui a laissé une cicatrice encore visible.

L'éruption actuelle a débuté il y a un an, par de petites taches rouges, non prurigineuses, que la mère a prises pour des « feux de dents ». Ces taches rouges sont devenues brunes et ont persisté sans grandes modifications; le prurit a toujours fait défaut.

Il y a six semaines, à la suite de la brûlure dont a été atteinte notre petite malade, de nouveaux éléments sont survenus à la face et sur les bras, c'est ce qui a décidé la mère à venir me consulter.

Le 4 juin j'examine Germaine L... et je constate ce qui suit : sur la face, et sur la joue droite des taches petites, légèrement brunâtres au centre et qui sont, dit la mère, des éléments au début.

Sur le tronc, sur les membres inférieurs, dans les aines, on remarque des taches très brunâtres, ovalaires, quelques-unes légèrement papulaires. Elles sont disséminées sur tout le corps, sauf aux aines où elles sont réunies en plus grand nombre. La dimension de ces taches est en général celle d'une lentille.

D'après la mère, les taches de la face seraient devenues plus accusées depuis quelques jours, tandis que celles du tronc tendraient au contraire à devenir moins pigmentées. Il n'y a aucun prurit.

La biopsie n'a pas été faite.

Le diagnostic assez délicat de cette éruption me paraît être celui d'urticaire pigmentée et cette opinion est partagée par mon maître, M. le professeur Fournier, qui a vu la malade. Cependant l'absence de prurit et l'absence d'éléments nets d'urticaire au début forcent à faire des réserves sur un diagnostic d'ailleurs souvent difficile, étant donnée la rareté de cette affection encore peu connue.

M. PRINGLE (de Londres). — Pour moi il s'agit bien d'un cas d'urticaire pigmentée quoiqu'il n'y ait pas eu de prurit. Nous voyons très souvent des cas analogues à Londres. Chez ce malade les lésions ont été d'abord rouges et ne se sont pigmentées que consécutivement ; de plus, la peau est irritable et légèrement urticarienne.

Dermatite exfoliatrice d'origine mercurielle à la suite de pansements au sublimé.

Par M. EUDLITZ.

Marie D..., 61 ans, ménagère, entre le 8 juin dans le service de M. le professeur Fournier, salle Henri IV, n° 30, pour une éruption occupant le membre supérieur droit, les membres inférieurs et une partie du tronc.

Ses antécédents héréditaires n'offrent rien de particulier. Dans ses antécédents personnels, on ne trouve qu'une scarlatine en 1881. Elle a été mariée deux fois, son premier mari est mort d'une attaque de delirium tremens, le deuxième a succombé à une tuberculose pulmonaire. Elle a deux enfants bien portants. Depuis quinze ans environ, elle est atteinte d'un tremblement de la tête et des membres supérieurs qui s'exagère par les mouvements volontaires ; ce tremblement ne l'empêche pas cependant de se livrer à ses occupations habituelles et même à certains travaux tels que la couture. Le malade ne présente aucune lésion viscérale. L'analyse complète des urines n'a pu encore être faite. Il n'y a ni sucre ni albumine.

Le début de la maladie actuelle remonte à cinq semaines. A cette époque Marie D... fut atteinte d'un panaris du pouce droit et vint consulter à la consultation externe de chirurgie, à l'hôpital St-Louis. Le panaris fut incisé et pansé avec des compresses imbibées d'une solution de sublimé qui recouvraient toute la main. Le lendemain, lorsqu'elle revint à l'hôpital, la main, dit-elle, était gonflée, rouge et elle avait une sensation de cuisson. Le même pansement fut continué et renouvelé tous les jours. Au bout de dix jours l'inflammation, jusqu'alors localisée à la main, gagna l'avant-bras, puis le bras. Les enveloppements au sublimé furent alors pratiqués sur tout le membre jusqu'au 6 juin. L'inflammation persistant, la malade fut alors adressée à M. le professeur Fournier dans le service duquel elle fut admise le 10 juin.

A son entrée, la malade présente l'aspect suivant : Le pouce droit porte une cicatrice, trace de l'incision pratiquée à ce niveau. La paume de la main et les doigts sont le siège d'une desquamation profonde qui détache

de grands lambeaux d'une peau épaisse et dure, cependant macérée en certains points. Sur la face dorsale de la main au contraire la peau est sèche, légèrement érythémateuse et desquamante en fines écailles épidermiques.

Depuis la partie moyenne de l'avant-bras jusqu'au delà du coude la peau est rouge; la desquamation est abondante et en larges lambeaux épidermiques très fins; en certains points le derme est à nu et suintant. Autour du cou, sur le devant du thorax, la desquamation se compose de fines écailles épidermiques.

Au pourtour de l'œil droit on retrouve cette même desquamation scarlatiniforme. On constate de plus à ce niveau une ecchymose et une petite plaie; ces deux lésions résultent d'une chute qu'a faite récemment la malade, prise, en se levant, d'un étourdissement subit.

Sur le côté droit de l'abdomen on constate également de l'érythème avec desquamation. La malade pense qu'il est tombé en ce point du sublimé qui coulait toujours du pansement, dit-elle; sur le côté gauche de l'abdomen on remarque quelques fines squames. Le dos présente de l'érythème léger avec de la desquamation fine par places. Tous ces points sont légèrement prurigineux.

Les jambes sont le siège d'un prurit plus accusé qui a débuté il y a quatre jours, avant l'apparition de l'éruption qu'on y constate aujourd'hui. Sur les deux jambes en effet, à partir du point où la malade met ses jarretières, c'est-à-dire au niveau de la tubérosité tibiale antérieure, existe un érythème très accusé, prurique en de nombreux endroits, ayant envahi la région antérieure, externe et interne des jambes et s'étendant jusqu'au cou-de-pied; la région postérieure est indemne des deux côtés.

Enfin la malade présente de la séborrhée du cuir chevelu avec desquamation dans la région située derrière le pavillon de l'oreille.

La bouche est intacte, et la malade n'accuse aucun trouble intestinal.

Le diagnostic des lésions que présente cette malade ne peut faire aucun doute; il s'agit d'une dermatite exfoliatrice d'origine mercurielle survenue d'abord localement par une irritation directe de la peau, à la suite de pansements au sublimé, puis généralisée par intoxication consécutive à l'absorption du mercure. Fait à remarquer et déjà souvent signalé dans l'hydrargyrie cutanée, les symptômes ordinaires de l'intoxication mercurielle, tels que stomatite, diarrhée, etc., font complètement défaut.

Syphilis héréditaire tardive. Syphilomes chancriformes de la verge.

Par M. E. LEGRAIN (de Bougie.)

On a signalé assez souvent l'existence de syphilomes apparaissant chez des tertiaires et simulant à ce point l'accident primitif, que

nombre de cas ont été considérés comme des exemples indéniables de réinfection syphilitique. Ces accidents chancriformes peuvent également se retrouver chez des hérédosyphilitiques, et, lorsqu'ils siègent au niveau des organes génitaux, surtout chez l'adulte, on peut facilement les confondre avec des chancres syphilitiques. L'observation que je rapporte, avec photographie à l'appui en est la preuve :

En passant la visite des indigènes entrant à la prison civile de Bougie, le malade qui fait le sujet de cette note est au premier abord considéré par moi comme porteur de deux chancres indurés. C'est un Kabyle d'une vingtaine d'années qui présente sur la verge, à peu près en son milieu, deux lésions du diamètre d'une pièce de 1 franc, l'un à la face dorsale, l'autre à la partie latérale droite.

Ces lésions, nettement circulaires, sont papuleuses, surélevées ; les bords sont lisses, luisants, de coloration rouge sombre ; au centre existe une croûte jaunâtre, fendillée, peu épaisse. La base présente une induration qu'on perçoit nettement si on la soulève avec les doigts, on a ainsi la sensation d'une masse de consistance ferme, cartilagineuse. L'induration est bien limitée ; les tissus voisins sont sains. Ces lésions sont absolument indolentes. Elles dateraient de trois semaines, au dire du malade.

En explorant les aines, je fus bien surpris de n'y pas rencontrer de ganglions.

Un examen plus complet s'imposait alors.

Des antécédents héréditaires, il fut impossible de rien savoir ; mais l'examen du malade lui-même allait donner de précieuses indications. Les incisives supérieures et médianes présentent une érosion en échancrure sur la face triturante. Les deux incisives supérieures latérales sont petites et ressemblent à des canines. Les deux incisives latérales inférieures sont plus petites encore que les canines adjacentes qui elles-mêmes sont coniques. La voûte palatine est nettement en ogive. Enfin il existe chez le malade un léger degré de kératite interstitielle ; il est d'ailleurs exempt de conjonctivite granuleuse. Les os ne présentent aucune exostose, aucune déformation. Rien sur la peau.

L'absence de ganglions inguinaux, l'existence de malformations dentaires et d'une kératite interstitielle me firent rejeter mon premier diagnostic et porter celui de syphilomes chancriformes chez un hérédosyphilitique.

Le traitement mixte allait m'apporter la confirmation de ce diagnostic. Chacun sait combien l'indigène algérien, vierge de tout traitement, est sensible au mercure et à l'iodure. L'administration de deux cuillerées de la solution de Gibert, chaque jour, amena un changement à vue au bout de quatre jours ; à la fin de la première semaine, l'induration avait disparu, la cicatrisation était à peu près complète en douze jours ; après il ne restait plus qu'une légère macule rosée, d'ailleurs en voie de disparition. Jamais chancre induré ne se serait comporté de la sorte.

Depuis trois mois, aucun accident n'est survenu chez le malade, examiné souvent avec attention.

Il peut donc exister des accidents chancriformes dépendant de la

syphilis héréditaire tardive et ces accidents, se produisant au niveau des organes génitaux chez des adultes, peuvent être pris pour des chancres indurés. L'erreur a dû certainement être commise et il est probable que de telles lésions ont été prises pour des accidents primitifs non suivis d'accidents secondaires et considérés comme la seule manifestation de véroles excessivement bénignes dont ont parlé certains auteurs.

On se basera surtout, pour faire le diagnostic, sur : 1° l'absence de ganglions ; 2° la coexistence de lésions nettement hérédo-syphilitiques ; 3° l'action rapide du traitement mixte ; 4° l'absence d'accidents secondaires consécutifs.

Deux observations de sarcome de la main.

Par M. E. LEGRAIN.

Je viens d'observer à quelques jours de distance deux cas de sarcomatose cutanée de la main, dont j'envoie à la Société les observations résumées et les photographies.

Obs. I. — *Sarcome de la face dorsale de la main droite.*

Indigène de 30 ans, Kabyle, habitant l'arrondissement de Bougie. Pas d'antécédents héréditaires ou personnels méritant d'être signalés, sauf un peu de paludisme.

L'affection qu'il présente aurait débuté vers le 15 mars 1896, par un petit bouton sur la face dorsale de la main, survenu sans cause connue au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du médius. D'un coup de rasoir le malade enlève ce bouton, qui se mit à saigner abondamment et se reproduisit plus volumineux dans l'espace de quelques jours. J'insiste particulièrement sur la récurrence rapide de la tumeur. Quatre ou cinq fois le malade essaya de l'exciser au moins partiellement ; mais chaque fois la surface d'excision se mit à bourgeonner et à donner naissance à une nodosité nouvelle, et le 25 avril dernier, c'est-à-dire quarante jours à peine après la première tentative d'ablation de la tumeur primitive grosse alors comme une noisette, le malade se présente à moi porteur de la tumeur dont la photographie est jointe à cette note.

A ce moment, la tumeur a presque le volume du poing. Elle est bosselée ; les bosselures, au nombre de cinq, sont pédiculées ; la tumeur elle-même est pédiculée et implantée sur une surface large comme une pièce de 5 francs, au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index et du médius. Autour de la base d'implantation la peau est normale.

La surface de la tumeur ulcérée est saignante et une hémorrhagie en nappe durant depuis plusieurs jours avait seule déterminé le malade à faire deux jours de route pour venir à Bougie se faire opérer.

Toutefois, le malade refusant une opération radicale, je me contente de l'abrasion de la tumeur au thermocautère. L'opération me permet de me rendre compte des rapports de la tumeur qui intéresse exclusivement la peau. Les tendons sous-jacents sont sains.

*Examen histologique. — Sarcome globo-cellulaire à petits éléments.*Obs. II. — *Sarcome de l'index de la main gauche.*

Femme kabyle d'environ 35 ans, sans antécédents dignes d'être notés. Il y a quatre ans, en coupant un figuier, la malade s'amputa l'index gauche d'un coup de serpe, à peu près au niveau de l'articulation de la première phalange avec la deuxième.

A la suite de cette blessure, des pansements aussi variés que bizarres furent appliqués sans relâche par des empiriques indigènes ; la plaie ne fut jamais cicatrisée, et vers le mois de novembre 1895, c'est-à-dire trois ans après l'accident, la peau se tuméfia peu à peu et présenta un bourrelet circulaire et terminal qui devint de plus en plus volumineux.

A la fin du mois d'avril 1896, la malade se présente à l'hôpital civil de Bougie pour être débarrassée de sa tumeur. A ce moment, la tumeur a le volume d'une grosse mandarine, elle est bilobée. Le lobe en rapport avec la face palmaire contient la première phalange de l'index. Le lobe dorsal semble se prolonger vers la région métacarpienne en soulevant la peau à ce niveau.

La tumeur est ulcérée sur toute sa face inférieure.

Le diagnostic clinique posé à ce moment est celui de sarcome ; c'est également le diagnostic de M. le professeur Leloir, de passage à Bougie.

Après anesthésie, la désarticulation de la phalange et l'ablation de la tumeur est pratiquée par M. le Dr Perrusset qui veut bien me laisser disposer de la pièce et de l'observation.

Sutures, pansement, suites opératoires excellentes.

Examen histologique. — Sarcome globo-cellulaire à petits éléments.

Ces deux cas de sarcome de la main m'ont paru assez intéressants pour être rapportés.

Le premier cas surtout est remarquable par la rapidité de son évolution, à la suite d'excisions incomplètes. D'après divers cas que j'ai pu suivre, la durée de quarante jours assignée par le malade pour le développement de sa tumeur n'a rien d'in vraisemblable. Le sarcome globo-cellulaire à petits éléments, après les opérations incomplètes, récidive chez les indigènes algériens avec une rapidité inouïe. Toutefois il n'a pas de tendance à se généraliser.

J'ai déjà eu l'occasion de présenter à la Société un certain nombre d'observations de sarcomes cutanés. Cette forme de cancer de la peau est plus fréquente en Algérie qu'en France, du moins dans la population indigène. La variété qu'on rencontre le plus souvent est le sarcome localisé primitif globo-cellulaire. Ces sarcomes sont en général extrêmement vasculaires.

Je n'ai jamais rencontré de sarcome généralisé, et je ne possède, sur une vingtaine de cas, aucune observation de sarcome mélanique.

Le secrétaire de la séance,

P. GASTOU.

SÉANCE DU 9 JUILLET 1896

Présidence de M. Ernest Besnier.

SOMMAIRE. — A propos du procès-verbal : MM. EUDLITZ, HALLOPEAU, GAUCHER. — Stigmates de syphilis héréditaire, dents d'Hutchinson, par M. FEULARD. (Discussion : MM. FOURNIER.) — Syphilis héréditaire, destruction d'une partie du nez et du voile du palais, par M. FEULARD. — Prurigo diathésique chez un enfant, par M. FEULARD. (Discussion : MM. BESNIER, GASTOU, FEULARD, HALLOPEAU, BARTHÉLEMY.) — Contagion hospitalière de la syphilis, par M. BROUARDEL. (Discussion : MM. FOURNIER, LEREDDE, BESNIER.) — Glossite syphilitique développée malgré le traitement par les injections de calomel, par M. BROUARDEL. (Discussion : MM. FOURNIER, JULLIEN, BARTHÉLEMY, BESNIER.) — Réflexions à propos d'un cas de dermatite herpétiforme sur la nature de cette affection, par MM. GAUCHER et CLAUDE. (Discussion : MM. HALLOPEAU, BESNIER, BARTHÉLEMY, LEREDDE, GAUCHER.) — Un cas de laryngite tertiaire grave traité par les injections de calomel, par M. MENDEL. (Discussion : M. FOURNIER.) — Hémiplegie spinale syphilitique, survenue au début de la période secondaire, par M. FOURNIER. (Discussion : M. ABADIE.) — Chancres indurés multiples, par M. CANUET. — Gommès syphilitiques, atrophies musculaires multiples, par M. DU CASTEL. — Pseudo-lupus syphilitique, par M. FOURNIER. (Discussion : M. BESNIER.) — Pityriasis rubra pilaire, par M. DU CASTEL. — Éruption généralisée chez un ouvrier employé aux désinfections, par M. DU CASTEL. — Mycosis fongioïde, par MM. HALLOPEAU et BUREAU. — Deux cas typiques de lichen scrofulosorum, par MM. HALLOPEAU et BUREAU. — Note sur l'ulcère de Madagascar, par MM. FRADET et LEGRAIN. — Gangrène massive symétrique des extrémités inférieures, par M. LEGRAIN. — Note sur le clou de Biakra, par M. LEGRAIN. — Myélite syphilitique aiguë précoce, par M. J. BRAULT. — Traitement du psoriasis par les injections mercurielles, par M. J. BRAULT.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

M. ERNEST BESNIER annonce la mort de M. le professeur LELOIR, membre titulaire de la Société ; il rappelle les services rendus par M. Leloir à la science dermatologique. Les nombreux travaux qu'il avait produits étaient le fait d'une activité incessante, d'une compétence indiscutée, et témoignent de ce qu'il aurait pu encore produire, s'il n'avait été enlevé en pleine maturité de son talent. Sa mort prématurée est une perte irréparable pour l'école dermatologique française.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

M. EUDLITZ. — Je désirerais compléter quelques points de l'observation de la petite malade atteinte d'urticaire pigmentée que j'ai eu l'honneur de présenter à la Société dans la séance précédente. J'ai étudié à nouveau l'état dermographique de la peau sur laquelle mon attention n'avait pas été suffisamment attirée. J'ai pu constater que le dermographisme chez ma malade était assez accusé, et en insistant par le grattage on réussit à provoquer des éléments d'urticaire. Enfin M. Darier a bien voulu pratiquer la biopsie et l'examen histologique confirme absolument le diagnostic d'urticaire pigmentée.

M. HALLOPEAU. — La réplique de M. Thibierge à la nouvelle communication que j'ai faite avec M. Bureau sur la curabilité du lupus par l'érysipèle me force à revenir sur cette question : « il est dangereux, il est coupable, dit-il, de parler du traitement de lupus par l'inoculation de l'érysipèle ». Voilà de bien dures paroles que je ne puis laisser passer sans protestation ; sans doute on n'est pas encore assez certain de pouvoir, à coup sûr, enrayer l'évolution d'un érysipèle pour proposer l'inoculation de cette maladie comme méthode générale de traitement ; mais, d'autre part, le lupus est une maladie tellement pénible, l'action de l'érysipèle est parfois si bienfaisante, ses dangers sont si atténués grâce à la médication par l'ichtyol, que nous n'hésiterons pas, pour notre part, à proposer cette chance de guérison à un malade intelligent prévenu du danger qu'il pourrait courir.

M. GAUCHER. — M. Brouardel a présenté à la dernière séance un malade atteint d'éléphantiasis de la verge et du scrotum à la suite de l'ablation des ganglions inguinaux. J'avais eu l'occasion d'observer ce malade et son histoire a déjà été publiée dans la thèse de Follet.

Stigmates de syphilis héréditaire. Cicatrices labiales, kératite, altérations dentaires.

Par M. H. FEULARD.

Cette jeune malade, âgée de 12 ans, me semble intéressante à cause des stigmates hérédo-syphilitiques qu'elle présente à la face, surtout à cause des altérations dentaires.

L'enfant est suffisamment grande pour son âge, et d'un développement intellectuel ordinaire : elle lit et écrit bien.

Son système osseux paraît sain, et elle ne porte sur le corps aucune cicatrice.

Au contraire à la face, le pourtour de la commissure labiale gauche, la

lèvre inférieure presque entière sont le siège de cicatrices étendues un peu brunâtres et gaurfrees.

Taies sur les deux cornées, plus marquée à droite; pas d'altération de l'ouïe.

Les lésions les plus remarquables sont celles de la dentition à la *mâchoire supérieure*.

Les deux incisives médianes ont sur leur bord libre une *échancrure semilunaire*; leurs angles sont arrondis et l'incisive médiane gauche représente assez bien la disposition dite en « tournevis »; sur la dent de gauche, petite érosion en cupule; les deux incisives latérales sont saines; la canine de droite est atrophiée, la gauche est saine. Les prémolaires sont saines, sauf une petite carie de la droite. La première grosse molaire droite est atrophiée et cariée; la gauche est saine.



A la *mâchoire inférieure* les incisives sont peu altérées, leur bord est seulement un peu découpé en scie; les canines sont indemnes; les prémolaires sont saines; les premières grosses molaires sont saines, les deuxièmes sont cariées.

Voici d'ailleurs la reproduction photographique faite d'après un cliché de M. Méheux à la grandeur naturelle; on verra donc bien exactement les altérations, notamment les altérations en croissant des incisives supérieures médianes. Ces dents me paraissent constituer un beau type des dents dites d'Hutchinson (1).

(1) Dans la plupart des traités de syphiligraphie ces altérations sont dessinées,

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

M. EUDLITZ. — Je désirerais compléter quelques points de l'observation de la petite malade atteinte d'urticaire pigmentée que j'ai eu l'honneur de présenter à la Société dans la séance précédente. J'ai étudié à nouveau l'état dermographique de la peau sur laquelle mon attention n'avait pas été suffisamment attirée. J'ai pu constater que le dermographisme chez ma malade était assez accusé, et en insistant par le grattage on réussit à provoquer des éléments d'urticaire. Enfin M. Darier a bien voulu pratiquer la biopsie et l'examen histologique confirme absolument le diagnostic d'urticaire pigmentée.

M. HALLOPEAU. — La réplique de M. Thibierge à la nouvelle communication que j'ai faite avec M. Bureau sur la curabilité du lupus par l'érysipèle me force à revenir sur cette question : « il est dangereux, il est coupable, dit-il, de parler du traitement de lupus par l'inoculation de l'érysipèle ». Voilà de bien dures paroles que je ne puis laisser passer sans protestation ; sans doute on n'est pas encore assez certain de pouvoir, à coup sûr, enrayer l'évolution d'un érysipèle pour proposer l'inoculation de cette maladie comme méthode générale de traitement ; mais, d'autre part, le lupus est une maladie tellement pénible, l'action de l'érysipèle est parfois si bienfaisante, ses dangers sont si atténués grâce à la médication par l'ichtyol, que nous n'hésiterons pas, pour notre part, à proposer cette chance de guérison à un malade intelligent prévenu du danger qu'il pourrait courir.

M. GAUCHER. — M. Brouardel a présenté à la dernière séance un malade atteint d'éléphantiasis de la verge et du scrotum à la suite de l'ablation des ganglions inguinaux. J'avais eu l'occasion d'observer ce malade et son histoire a déjà été publiée dans la thèse de Follet.

Stigmates de syphilis héréditaire. Cicatrices labiales, kératite, altérations dentaires.

Par M. H. FEULARD.

Cette jeune malade, âgée de 12 ans, me semble intéressante à cause des stigmates hérédo-syphilitiques qu'elle présente à la face, surtout à cause des altérations dentaires.

L'enfant est suffisamment grande pour son âge, et d'un développement intellectuel ordinaire : elle lit et écrit bien.

Son système osseux paraît sain, et elle ne porte sur le corps aucune cicatrice.

Au contraire à la face, le pourtour de la commissure labiale gauche, la

lèvre inférieure presque entière sont le siège de cicatrices étendues un peu brunâtres et gaufrées.

Taies sur les deux cornées, plus marquée à droite; pas d'altération de l'ouïe.

Les lésions les plus remarquables sont celles de la dentition à la *mâchoire supérieure*.

Les deux incisives médianes ont sur leur bord libre une *échancrure semilunaire*; leurs angles sont arrondis et l'incisive médiane gauche représente assez bien la disposition dite en « *tournevis* »; sur la dent de gauche, petite érosion en cupule; les deux incisives latérales sont saines; la canine de droite est atrophiée, la gauche est saine. Les prémolaires sont saines, sauf une petite carie de la droite. La première grosse molaire droite est atrophiée et cariée; la gauche est saine.



A la *mâchoire inférieure* les incisives sont peu altérées, leur bord est seulement un peu découpé en scie; les canines sont indemnes; les prémolaires sont saines; les premières grosses molaires sont saines, les deuxièmes sont cariées.

Voici d'ailleurs la reproduction photographique faite d'après un cliché de M. Méheux à la grandeur naturelle; on verra donc bien exactement les altérations, notamment les altérations en croissant des incisives supérieures médianes. Ces dents me paraissent constituer un beau type des dents dites d'Hutchinson (1).

(1) Dans la plupart des traités de syphiligraphie ces altérations sont dessinées,

Ces lésions, dents, taies des cornées, cicatrices labiales, sont les seules que présentent cette enfant ; elles n'en ont pas moins pour moi une grande valeur pour le diagnostic rétrospectif de syphilis héréditaire. Le peu de renseignements que j'ai pu recueillir semble d'ailleurs corroborer cette hypothèse. La mère, qui est domestique, et que je n'ai pu examiner que très peu de temps pendant un court séjour à Paris, est saine ; elle est âgée de 38 ans et fut mariée à 22 ans. Elle a eu trois grossesses : 1° une fausse couche de 4 mois ; 2° un enfant venu à 8 mois, mort dix jours après ; 3° l'enfant actuel.

Le père a quitté la mère au moment de sa troisième grossesse.

Ce cas montre, à notre avis, une fois de plus la valeur, au point de vue du diagnostic rétrospectif, des altérations dentaires.

M. FOURNIER. — Les altérations décrites par Hutchinson portent sur les incisives médianes supérieures. Celles-ci sont écartées à la base et convergentes à l'extrémité libre, creusée d'une encoche ; elles ont une forme de tournevis. En dehors de ce type, Hutchinson ne reconnaît pas de lésions dentaires sûrement hérédosyphilitiques. Pour moi, la dystrophie cuspidienne de la première molaire est aussi caractéristique que la dent d'Hutchinson.

Accidents de syphilis tertiaire chez une enfant de 5 ans et demi ; destruction d'une partie du voile du palais ; destruction d'une partie du nez ; syphilis méconnue, probablement héréditaire.

Par M. H. FEULARD.

Hier même était amenée à la polyclinique de l'hôpital des Enfants-Malades l'enfant que je vous montre aujourd'hui.

Elle est âgée de 5 ans et demi et de taille suffisante pour son âge ; son père nous la présentait pour une lésion du nez, un bobo ennuyeux, dit-il, durant depuis plusieurs mois.

Au premier abord, l'enfant semblait avoir un de ces eczémas impétigineux vulgaires des narines si fréquents chez les enfants mal tenus. D'énormes croûtes bouchaient les narines et masquaient la face inférieure du lobule du nez ; mais une fois ces croûtes enlevées on constatait une grande ulcération ayant détruit la sous-cloison, érodé la face interne des narines et de l'extrémité nasale. Un tel processus destructeur ne pouvait être attribué qu'à la tuberculose ou à la syphilis.

L'examen de la bouche levait immédiatement toute espèce de doute en faveur de la syphilis.

c'est à dire interprétées et peut-être un peu schématisées. Ici c'est la reproduction directe sans aucune retouche.

La dentition est dans un état déplorable, toutes les dents (dents de première dentition) sont réduites par la carie à l'état de chicots, ou sont atrophiées. Les deux incisives médianes inférieures (dents de seconde dentition) ont leur bord découpé en dents de scie.

Si l'on fait ouvrir la bouche grande, on constate avec stupéfaction de graves destructions; la luette, une partie du voile ont disparu, la paroi postérieure du pharynx présente une vaste cicatrice et les piliers postérieurs lui sont en partie adhérents. Et de semblables ravages ont pu se faire sans que personne en ait eu notion; le père, effrayé, reste stupéfait des résultats de notre examen.

Pour compléter l'ensemble morbide, l'enfant présente sur la cornée droite une petite taie, à la région sous-maxillaire gauche une cicatrice d'abcès qui a plutôt l'apparence des cicatrices d'abcès scrofulo-tuberculeux, au milieu de la joue droite une petite cicatrice rosée gaufrée.

L'audition est bonne; il n'y a pas eu d'écoulement d'oreille.

Rien du côté du squelette; mais à la partie inférieure de la fesse droite, une cicatrice déprimée semblable à celle du cou, d'un abcès ayant duré fort longtemps et traité, paraît-il, autrefois à l'hôpital Trousseau, et à la région lombaire inférieure des cicatrices gaufrées sur l'origine syphilitique desquelles il n'y a pas de doute. Enfin, en écartant les fesses, autour de l'orifice anal se voient des cicatrices pigmentées dont la forme et la disposition indiquent aussi fort nettement l'origine.

Le père qui accompagne l'enfant est âgé de 49 ans, bien portant et a deux autres grands enfants, deux filles l'une âgée de 18 ans, l'autre de 17 ans, bien portantes. La mère est morte un an après la naissance de cette fillette; le père a de bonnes raisons pour croire que cette troisième enfant n'est pas de lui. Ainsi s'explique sans doute l'origine de la syphilis de cette enfant dont le père légal est indemne de syphilis. A moins que l'on n'admette, ce qui est possible, que l'enfant qui fut envoyée en nourrice à l'âge de 1 an et qui n'avait, paraît-il, présenté jusque-là aucun accident, ait été contaminée en bas âge.

L'origine de cette syphilis, hérédité ou contagion en bas âge, reste donc inconnue; mais il est remarquable de voir combien elle a abouti rapidement au tertiariisme et avec quelle gravité. Il est vrai quelle ne fut jamais traitée, ayant été absolument méconnue jusqu'à ce jour. N'est-il pas remarquable aussi que de telles lésions pharyngées, le fait d'ailleurs n'est peut-être pas absolument rare, puissent évoluer sans amener aucune réaction, aucune gêne, on peut dire, suffisante pour éveiller l'attention.

Prurigo diathésique chez un enfant.

Par M. H. FÉULARD.

Voici un jeune bébé, âgé de 20 mois, entré à l'hôpital depuis hier, que

je n'ai pas eu le temps d'étudier complètement, mais que je désire vous montrer, car son cas me paraît tout d'actualité. Il est atteint de prurigo, et j'oserais dire de prurigo typique. C'est un enfant bien portant qui a fait un premier séjour dans le service de M. le professeur Grancher l'an dernier, à pareille époque, pour une rougeole compliquée de broncho-pneumonie. Il est resté un mois à l'hôpital, est sorti bien guéri et revient avec une éruption datant déjà de six mois. Le corps entier, le cuir chevelu lui-même, est couvert de petites papules excoriées la plupart à leur sommet, papules très fines, sans sérosité, sans autre élément que l'on trouve si souvent surajouté dans ces cas de strophulus et d'urticaire, il n'y a pas non plus de réaction bien marquée de la peau, ni signes de grattage, ni eczématisation, ni lichénification : encore une fois un prurigo, plutôt léger, de type pur. Les démangeaisons sont violentes la nuit seulement, et réveillent l'enfant ; son appétit est bon ; les selles sont régulières, non fétides.

Comme origine à ce prurigo je trouve, comme dans la presque totalité des cas, des écarts digestifs, une surcharge alimentaire.

Jusqu'à 13 mois, l'enfant a été nourri au biberon : il prenait jusqu'à deux litres de lait par jour ; depuis l'âge de 13 mois, il mange « comme ses parents ». C'est au bout d'un mois de ce régime (viande, vin, etc., dans l'intervalle des repas, eau et café, la nuit demi-litre de lait) que l'éruption s'est montrée.

Ce cas me paraît fort intéressant à examiner au moment où va être discutée à Londres la question du prurigo. Je ne vois pas comment on pourrait appeler cette éruption, sinon prurigo. Elle dure depuis six mois et n'a pas encore provoqué un grand retentissement, mais nous la saisissons à son début et qui sait si ce ne sont pas ces mêmes cas qui deviennent dans l'avenir, s'ils ne sont pas traités, de véritables prurigos de Hebra (1).

M. GASTOU. — J'ai souvent remarqué le début du prurigo infantile à la suite de maladies infectieuses, d'abcès cutanés. L'inoculation de fragments biopsés au cobaye amène toujours des suppurations.

M. FEULARD. — C'est seulement par l'étude de faits de ce genre que l'on pourra déterminer les lésions initiales et les caractères primordiaux du prurigo de Hebra.

M. BESNIER. — Quelle étiquette faut-il mettre sur la maladie dont est

(1) Nous avons eu l'occasion de revoir l'enfant huit jours après sa présentation. L'éruption s'était considérablement amendée. Il restait seulement quelques papules sur les avant-bras ; sur les membres inférieurs, la peau était devenue absolument unie et offrait seulement quelques macules pigmentées. Aucune lésion nouvelle, aucune trace de grattage. L'enfant dort bien et va bien. Le traitement externe a été intentionnellement nul ; le traitement interne a été avant tout hygiénique ; l'alimentation a été réglée (lait et deux soupes) et on a donné seulement deux doses quotidiennes de 10 centigr. de benzonaphtol.

atteint cet enfant. Il n'a pas la gale, mais, d'autre part, il ne présente pas la lésion élémentaire, la papule du prurigo de Hebra, celle qui a été décrite par Leloir d'abord, puis étudiée par Tommasoli, Darier, Hallopeau, Unna. Cependant, la maladie dont il est atteint est un prurigo.

M. HALLOPEAU. — Je me range complètement à l'avis de M. Besnier.

M. BARTHÉLEMY. — Je me réjouis des paroles que vient de prononcer notre président, M. Besnier, sur la pathogénie du prurigo. Pour ma part, j'ai déjà à plusieurs reprises protesté contre l'exclusivisme de la séropapule et, par conséquent, contre l'interprétation nosologique que comporte la question; ce n'est pas le cas d'y revenir par simple incidence. Je persiste pour ma part à penser que si ces dermatoses se produisent, c'est sous l'influence de résorptions de produits des fermentations gastro-intestinales. Il en résulte une série de troubles du côté de la peau, qu'il faut, jusqu'à nouvel ordre, désigner sous le nom de toxidermies polymorphes, car elles peuvent être érythémateuses simples, érythémato-ortées; il ne s'agit pas, bien entendu de l'urticaire vraie, mais plutôt de cette maladie qui débute avec ce qu'on cherche à englober sous le nom de strophulus et qui aboutit à certains lichens autres que le lichen plan. Au lieu d'éruptions érythémato-ortées simples, il peut survenir au centre une séropapule; mais celle-ci n'est pas le début, c'est déjà un phénomène secondaire; si cette dermatose se prolonge, c'est que les fermentations se reproduisent chaque jour, soit par mauvaise qualité, soit par quantité défectueuse des aliments; de là la durée tout à fait inégale et impossible à fixer d'avance, ce qui est une cause continuelle d'embarras pour le médecin traitant.

M. HALLOPEAU. — Colcott Fox a insisté sur les lésions urticariennes dans le prurigo de Hebra; les rapports de celui-ci et de l'urticaire sont intimes.

M. FEULARD. — L'urticaire vraie est plutôt rare chez l'enfant.

Contagion hospitalière de la syphilis.

Par M. GEORGES BROUARDEL.

J'ai l'honneur de présenter à la Société un malade, qui soigné dans le service pour un eczéma des bras, y a contracté la syphilis.

Malgré une enquête minutieuse, nous n'avons pu déceler d'une façon certaine la cause directe de la contamination.

C..., âgé de 45 ans, emballleur, était entré dans le service de M. le professeur Fournier, le 23 mars 1896. Il était placé dans la salle Saint-Louis, n° 37. On l'y soigna pendant un mois et demi pour un eczéma des bras, avec des applications de caoutchouc et de vaseline boriquée. Il présentait en même temps des symptômes de bronchite greffée sur un emphysème déjà ancien. Il quitta le service le 10 mai 1896, très amélioré.

Il revint nous trouver le 7 juillet 1896. Il y a un mois environ il a vu deux ulcérations se développer peu à peu sur la partie externe de son bras gauche. Actuellement ces ulcérations ont les dimensions de deux pièces de deux francs et sont situées l'une au-dessus de l'autre, séparées par un intervalle de peau saine de 4 centim. environ.

Ces ulcérations ont tous les caractères des chancres indurés (aspect, couleur chair musculaire, induration, bubon axillaire). Nous constatons en même temps l'existence d'une roséole généralisée.

D'après les lésions actuelles, on peut dire que la contagion remonte au mois de mars, et a eu lieu par conséquent pendant le séjour du malade à l'hôpital.

Nous avons fait une enquête minutieuse pour chercher la cause directe de la contamination ; nous n'avons pas trouvé de fait précis et nous sommes réduits à faire des hypothèses.

La contamination par l'application du caoutchouc doit être écartée, car le caoutchouc n'a été employé absolument que par lui.

L'inoculation s'est-elle faite par l'intermédiaire de la capote qu'on lui a donné et qui aurait été insuffisamment désinfectée ?

La contagion s'est-elle faite par un frottement contre les barreaux du lit ou contre la table de nuit qui auraient été souillés par le malade précédent, soigné pour la syphilis, ou bien encore a-t-elle été causée par le malade du lit voisin, syphilitique également ?

Ce sont là des hypothèses ; l'inoculation a été en tout cas facilitée par les lésions d'eczéma.

M. FOURNIER. — C'est la seconde fois que j'observe un fait semblable dans mon service, je ne saurais trop dire combien je le trouve regrettable et que je juge nécessaire de prendre toutes les précautions pour qu'il ne se reproduise pas.

Nous suivons sans doute dans notre service toutes les mesures personnelles qui peuvent nous empêcher de disséminer le virus syphilitique. Le lavage des mains, le nettoyage des instruments sont répétés plus souvent même qu'il n'est nécessaire. Jamais on ne cautérise une lésion non syphilitique qu'avec un crayon de nitrate d'argent neuf.

Mais les soins hospitaliers sont-ils suffisants ? Voici par exemple la table de nuit du syphilitique, souillée par ses vêtements, ses objets de pansement : parfois le voisin s'en sert et elle n'est pas nettoyée tous les jours. Les malades ont droit dans les salles à trois draps, or deux sont renouvelés toutes les semaines, mais le troisième reste de par le règlement jusqu'à ce qu'il soit évidemment sale. Chaque malade devrait avoir sa cuvette et son abaisse-langue personnels. Sans doute bien des progrès ont été faits depuis le temps où je ne trouvais à Lourcine qu'une canule d'irrigation servant à toute une salle de femmes. Mais fait-on assez ?

Je signale encore le danger des capotes que les malades échanget si facilement : précisément, dans le cas actuel, je soupçonne la capote d'avoir été le véhicule de la syphilis.

Je viens demander à la Société de nommer une Commission qui étudiera les mesures à prendre pour proscrire la contagion.

M. LEREDDE. — N'y a-t-il pas un véritable danger dans les poussières des salles? Un syphilitique dont la bouche est envahie par des plaques muqueuses, peut cracher, et répandre ainsi le germe de la syphilis. C'est ce qui se passe pour la tuberculose dont le bacille infecte les poussières et les parquets des hôpitaux.

La suppression de la poussière rendrait un véritable service aux malades et aux médecins.

Glossite syphilitique développée malgré le traitement par les injections de calomel.

Par M. GEORGES BROUARDEL.

J'ai l'honneur de vous présenter un malade qui a été traité, dès le début de sa syphilis, par des injections de calomel, et qui revient nous voir, un mois après la dernière injection, présentant les symptômes d'une glossite décapillante.

Louis S..., âgé de 23 ans, jockey, se présente à la polyclinique au commencement de février 1896; nous lui trouvons un chancre induré situé sur la face supérieure de la verge, immédiatement en arrière du gland.

On lui fait des injections de calomel, chacune de 0 gr. 05, répétées tous les huit jours.

Voici le détail de ces injections :

3 mars 1896. Première injection (10 jours après l'apparition du chancre), douleur très vive, presque immédiatement après l'injection. Gros nodus.

Le 10. Deuxième injection, très douloureuse, gros nodus.

Le 17. Troisième injection, pas de douleur, petit nodus.

Le 24. Quatrième injection, très peu de douleur, petit nodus.

Le 31. Cinquième injection, pas de douleur, ni de nodus.

7 avril. Sixième injection.

Le 14. Septième injection, pas de douleurs, petit nodus.

Le 21. Huitième injection.

Le malade a donc reçu comme traitement, à partir du dixième jour après le début du chancre, huit injections de calomel de 0 gr. 05 chaque.

4 juillet. Il revient à la polyclinique et nous trouvons une éruption de syphilides dans la bouche.

Le 7. Nous constatons une glossite décapillante qui atteint presque toute la surface de la langue.

M. FOURNIER. — J'ai fait présenter ce malade pour démontrer que le calomel n'est pas un médicament héroïque et qu'il n'y a pas, en particulier, et comme on l'a dit, de jugulation de la maladie du fait de son emploi.

M. JULLIEN. — L'usage du calomel dès le début de la syphilis diminue

l'intensité de la maladie, retarde l'apparition de la roséole. Pour nous, retarder c'est atténuer.

M. BARTHÉLEMY. — Que mon cher et éminent maître, le professeur Fournier, me permette de dire que les injections de calomel sont (sous réserves des injections intra-veineuses dont je n'ai pas encore l'expérience) de beaucoup plus actives et plus protectrices que les pilules, sirops, ou frictions mercurielles. Cela est maintenant incontestable.

Il n'est donc pas contraire à la logique de penser qu'il peut être utile au moment du début de l'infection, de protéger l'organisme par les moyens qui, pour être tolérés, se sont cependant contre des accidents avérés montrés les plus efficaces. Voilà pourquoi j'ai tenté souvent déjà — sans l'imposer aux malades mais le leur conseillant — de pratiquer une injection hebdomadaire de calomel (4 à 6 en tout) dès le moment où l'infection spécifique était reconnue. Nous ne saurons évidemment que dans dix, quinze ou vingt ans si notre protection a été vivement et profondément efficace. Mais en tout cas cette tentative est rationnelle, est raisonnable ; toutefois, il n'a jamais été dans ma pensée, qu'on pouvait ainsi juguler l'infection syphilitique. Ce n'est pas par le mercure, c'est par le sérum ou par d'autres moyens similaires (administrés au moment de l'inoculation première ou dans les premiers temps du chancre) qu'on aura plus tard quelque chance de combattre directement la grave infection. Actuellement hélas, il est à peine question d'atténuer le virus, soit par les courants électriques, soit par le mercure. Mais aucun traitement jusqu'à ce jour ne peut empêcher les cas comme celui que nous montre aujourd'hui M. Fournier. Toutefois on sait que, parmi les préparations mercurielles, le calomel (bien plus actif que le salicylate de mercure auquel j'ai renoncé) est des plus puissants ; c'est donc lui qu'il y a lieu d'employer le plus tôt possible quand le sang est virulent, sans attendre que l'organisme soit menacé dans un de ses rouages indispensables.

M. BESNIER. — Nous connaissions bien jadis l'existence de malades ayant des syphilis rebelles à tout traitement, ces mêmes malades résisteront dans certains cas au calomel.

Réflexions, à propos d'un cas de dermatite herpétiforme, sur la nature de cette affection.

Par MM. E. GAUCHER et H. CLAUDE.

Le pemphigus prurigineux ou pemphigus chronique bénin, généralement appelé aujourd'hui dermatite herpétiforme ou maladie de Duhring, est une affection dont la nature a été très discutée dans ces derniers temps.

Le cas suivant, que nous avons longuement observé et à propos duquel nous avons fait des recherches histologiques, chimiques et

bactériologiques multipliées, nous semble propre à élucider l'étiologie de cette dermatose.

Lucie P..., 40 ans, ménagère, est entrée le 2 janvier 1896, à l'hôpital St-Antoine, salle Nélaton, n° 4. C'est une femme d'une constitution médiocre. Elle donne les renseignements suivants sur sa famille et sur elle-même.

Son père est fort, en général bien portant; il n'a jamais eu de maladies sérieuses; il n'est pas rhumatisant ni nerveux; mais il paraît être un peu alcoolique. Il aurait eu, il y a 30 ans, une maladie de peau constituée par de petits boutons rouges, sans bulles.

Sa mère est d'une santé délicate, mais n'a été atteinte d'aucune affection caractérisée.

Une sœur de la malade est d'une très bonne santé.

P... s'est bien portée jusqu'à 27 ans. Elle fut atteinte à cette époque de rhumatisme articulaire. La maladie se localisa particulièrement sur les genoux et surtout le genou gauche. Elle dut garder sept mois le lit, marcha ensuite à l'aide de béquilles pendant cinq mois, et actuellement l'articulation est encore en partie ankylosée, mais n'est pas le siège de douleurs. Depuis dix-huit mois elle a une bronchite (?) qui n'a guère cessé, sans toutefois l'incommoder beaucoup.

Son mari est d'une bonne constitution et très bien portant. Elle a eu une fille qui a dix ans maintenant et est d'une santé délicate. Autrefois elle avait eu un enfant qui naquit à sept mois et ne vécut pas.

Cette femme ne semble pas avoir été dans de mauvaises conditions hygiéniques, elle a toujours eu une bonne alimentation et n'a subi aucune intoxication. Elle éprouva, il y a un an, un grand chagrin; des revers de fortune modifièrent considérablement sa situation; des ennuis de famille s'ajoutèrent à ses préoccupations personnelles, elle fut très secouée, très tourmentée et demeura triste, nerveuse et très impressionnable. Sa santé générale s'affaiblit, elle maigrit beaucoup et était très anémiée.

Il y a un mois, c'est-à-dire dans les premiers jours de décembre 1895, les règles se montrèrent très abondantes, contrairement à l'habitude; aussitôt après celles-ci, elle présenta quelques petits boutons sur le ventre et sur les cuisses. Ceux-ci augmentèrent de nombre et d'étendue et bientôt ils couvrirent le corps. Des bulles se montrèrent vers le 25 décembre. Les règles revinrent au début de janvier, peu abondantes et cessèrent au bout d'une journée.

État actuel (4 janvier). — La malade présente sur tout le corps, *sauf la face*, des lésions d'ordre divers, mais qui se caractérisent en général de la façon suivante. Sur des plaques à fond rosé, saumonné, plus foncées sur les bords, se montrent des éléments légèrement papuleux, ou vésiculo-papuleux, ou bien de véritables bulles de taille variable. Par endroits, ces lésions ont un aspect pustuleux; ailleurs, elles sont en voie de réparation et se manifestent par une desquamation prononcée. Comme l'éruption est un peu prurigineuse, il existe partout des traces de grattage.

Si l'on analyse de plus près les lésions des diverses parties du corps, on voit que la face palmaire des mains est intacte. Les doigts et les ongles

sont indemnes. La face dorsale des mains présente quelques grosses bulles se détachant sur un fond rouge framboisé. Il en existe deux très grosses à droite et quatre à gauche. Les avant-bras sont couverts sur toute leur étendue de petites bulles dont on peut suivre l'évolution : l'apparition de la bulle est annoncée par une sensation de brûlure, d'ardeur à la peau, très spéciale qui ne trompe pas la malade. Bientôt, en effet, une rougeur superficielle se montre, suivie du gonflement du derme, puis l'épiderme se soulève, et en quelques heures la bulle est formée. Elle a un aspect citrin, orangé, jaunâtre, son contenu est clair d'abord, et ne contient que quelques leucocytes. Mais elle subit vite la transformation séropurulente, se ride, et le plus souvent s'ouvre ou est ouverte mécaniquement, d'autres fois, elle se flétrit et se dessèche. On ne constate de toutes façons, au bout de quelque temps, que des croûtelles grisâtres ou brun rougeâtre, plus ou moins épaisses ; la sensation prurigineuse persiste durant toute l'évolution de la lésion. Au pli du coude, sur les bras, les épaules, les mêmes éléments vésiculo-bulleux ou bulleux se rencontrent, un peu moins abondants toutefois. Ils sont aussi moins nombreux au cou. Partout où ont apparu les lésions, la peau est épaissie, indurée profondément, surtout lorsque les vésicules ou les bulles rompues ont laissé une surface épidermique dénudée et suppurante.

Aux membres inférieurs, l'aspect est à peu près semblable. Toutefois les placards sur lesquels se développent les éléments vésiculo-bulleux sont beaucoup plus étendus et plus pigmentés ; après la disparition de ces derniers, il subsiste de larges taches d'une teinte rose, saumonée ou chamois, légèrement squameuses. Les plis articulaires ne sont pas le siège de lésions plus prononcées de la peau, de sorte que tous les mouvements s'exécutent facilement.

Il n'existe pas d'altération des poils, ni des ongles.

La sensibilité, dans ses divers modes, est intacte sur tout le corps. Mais la malade se plaint de vives démangeaisons. Le prurit s'accroît le soir, la chaleur du lit l'excite. Elle ressent également une sensation gênante de froid, elle est toujours « gelée » depuis le début de sa maladie, même lorsqu'elle est très couverte.

Sa santé générale n'est pas mauvaise. Il n'y a pas de fièvre. On constate quelques signes de bronchite dans la poitrine, mais pas de tuberculose (examen des crachats négatif au point de vue du bacille de Koch). Le cœur est normal. Les fonctions digestives sont bonnes ; il existe un peu de constipation. On constate des traces d'albumine dans les urines.

Traitement : Régime lacté. Pommade boriquée et mentholée pendant deux jours, puis poudre d'amidon et de talc. A l'intérieur, arséniate de soude : 2 milligr.

13 janvier. Depuis quelques jours les bulles ont cessé d'apparaître. Les démangeaisons n'existaient plus, mais aujourd'hui, nouvelle sensation de brûlure aux jambes, de démangeaisons sur les doigts et la paume des mains. Deux ou trois bulles de volume moyen se sont développées sur le dos de la main. Les placards rougeâtres disséminés sur le reste du corps ont diminué d'intensité. Les éléments qui les recouvraient ont disparu, laissant une petite cicatrice brune, squameuse, ou une croûte noirâtre.

achevant de se détacher. Sur les parties où la peau est plus fine (main, dos du pied, cou), à la place où sont apparues de grosses bulles autrefois, le derme est épaissi, infiltré ; la peau est d'une coloration rose violacée et la desquamation assez prononcée s'accompagne d'un peu de prurit. On constate aussi sur les doigts et la paume des mains une exfoliation de lamelles épidermiques, comme dans la scarlatine ; or, en ces points, il n'y a pas eu de bulles.

Les cheveux, les cils, les ongles sont toujours indemnes.

La sensation de froid persiste. La santé, en général, n'est pas mauvaise.

Le 20. A la main gauche, au niveau d'une ancienne bulle, la cicatrisation s'accompagne d'un épaississement très accentué du derme. La peau, d'une coloration brune légèrement rosée, prend un aspect verruqueux, par suite d'une sorte de végétation des papilles verruqueuses recouvertes de couches épidermiques cornées, sèches. Cette lésion est à l'état d'ébauche sur certaines autres plaques indurées cicatricielles. Il n'existe plus de poussées vésiculo-bulleuses, mais-ça et là quelques éléments papuleux, papulo-nouveaux ou même pustuleux. D'une façon générale, l'amélioration de la dermatite est très sensible.

Le 23. Toutes les lésions sont cicatrisées ou en voie de cicatrisation, mais il existe encore par places de petits éléments rougeâtres, peu saillants, indurés, d'aspect acnéique, papulo-pustuleux.

Le 28. Nouvelle éruption de petites papules prurigineuses, plus ou moins confluentes ; sur quelques-unes se montrent des bulles toutes petites, du volume d'une tête d'épingle ou d'une petite lentille. On constate leur présence aux avant-bras et aux mains, même sur la face palmaire où la desquamation était déjà auparavant assez abondante. Le cou et la face sont indemnes. Quelques papules se montrent dans les cheveux. Au niveau des membres inférieurs, toutes les lésions sont cicatrisées.

Le 31. Quelques petites bulles se sont montrées encore au milieu des éléments papuleux ou sur les macules anciennes, toujours annoncées par la sensation de prurit, particulièrement la nuit. En somme, l'éruption est dans une période de régression et la plupart des lésions sont en voie de disparition.

Le cuir chevelu a été à peine atteint. La face n'a jamais été touchée ; le cou est le siège de petites papules et d'une légère desquamation. Sur le dos et la poitrine il n'y a eu que peu de lésions ; en général elles sont restées papuleuses, souvent cunéiformes et non suintantes. Sur les membres, au contraire, la dermatite s'est caractérisée surtout par les vésicules et les bulles. Celles-ci ont été particulièrement grosses aux pieds et aux mains.

L'éruption n'a présenté aucune distribution spéciale, elle ne s'est pas limitée à des segments du corps, et ne parut jamais en rapport avec une disposition anatomique nerveuse ou métamérique.

Il n'y a pas eu de troubles de la sensibilité objective, et l'on ne note que le prurit et la cryesthésie, surtout accentués au début de l'affection. Mais la nervosité de la malade est très accusée : elle est inquiète, impressionnable. Le fait d'examiner ses mains l'émotionne, et détermine une sécrétion sudoripare active sur la pulpe des doigts et sur les avant-bras.

Le prurit est exagéré par le frottement. De même il suffit à la malade de frotter un peu énergiquement les paumes des mains l'une contre l'autre pour faire apparaître des papules, toutes petites mais prurigineuses. Ces lésions sont d'ailleurs tout à fait passagères.

L'état général est assez bon ; digestions normales. Pas de constipation. Pas de céphalée. Pas de douleurs articulaires. L'albumine a disparu.

3 février. Vives démangeaisons : lésions papuleuses nouvelles. Pas de bulles.

Traitement : 4 milligr. Arséniate de soude.

Valérienate d'ammoniaque 0,20 centigr.

Le 8. Deux cobayes sont inoculés avec le liquide des bulles.

Le 10. Nouvelles poussées de bulles sur le bras gauche.

Le 14. Les deux avant-bras et les deux cuisses offrent des bulles assez grosses.

Le 16. Nouvelle poussée de bulles.

Le 17. Névralgie intercostale. Rien à l'auscultation de la poitrine.

Le 18. Quelques taches rouges à la partie inférieure de la joue gauche font craindre une propagation à la face.

Le 24. Quelques nouvelles bulles au-dessous de l'oreille gauche, une au niveau du menton.

Le 29. Quelques bulles sur la région du maxillaire inférieur.

Depuis deux jours, dysphagie et bourdonnements d'oreilles. L'examen de la gorge révèle la présence de quatre bulles blanches disposées en arc de cercle sur le pilier antérieur droit, et de la grosseur d'une tête d'épingle. Sur la face interne de la joue droite on constate une petite surface ulcérée.

2 mars. Trois ou quatre nouvelles bulles apparaissent au niveau du bord inférieur du maxillaire inférieur.

La malade n'a pas eu ses règles depuis trois mois.

Le 3. Une bulle sur la joue gauche.

Quelques petites bulles sur la nuque.

Le 6. Une bulle sur la lèvre supérieure. Tuméfaction du nez, des paupières. Bourdonnements d'oreilles. Mal à la gorge (deux bulles subsistent sur l'amygdale droite). Séborrhée du cuir chevelu assez abondante.

Le 10. Soulèvement épidermique de la pulpe des doigts. Une bulle sur la lèvre supérieure.

Le 13. La malade est en pleine poussée de bulles sur les avant-bras et les jambes.

Les urines contiennent toujours de l'albumine.

Le 23. A l'angle interne de l'œil droit, deux bulles claires ; à l'angle interne de l'œil gauche, une bulle hémorragique. Deux bulles sur l'amygdale droite.

Le 30. Poussée de bulles disséminées, quelques-unes séro-purulentes. Malaise, affaiblissement.

15 avril. État stationnaire. On supprime l'arséniate de soude et l'on administre 2 milligr. de sulfate de strychnine.

Le 29. Nouvelle poussée bulleuse. Énervement, démangeaisons continues. On supprime la strychnine.

9 mai. Surexcitation nerveuse persistante.

Le 14. Depuis quelques jours, miction douloureuse, surtout à la fin et plus fréquente. (Ces douleurs tiennent probablement à une éruption semblable sur la muqueuse uréthrale.)

Le 20. Poussée de bulles plus petites, séreuses, sur les avant-bras. On prescrit de nouveau 4 milligr. arséniate de soude.

Le 24. La malade quitte l'hôpital.

La malade revient nous consulter le 12 juin. Douleur à la fin de la miction, persistant encore quelques minutes à la suite. Urines troubles, denses, sans dépôts. Léger nuage d'albumine.

Les bulles persistent, mais celles qui apparaissent maintenant sont plus petites, herpétiformes; les plus grosses atteignent à peine les dimensions d'une lentille.

A la fin de juin la malade revient nous voir, l'éruption est complètement guérie et il n'y a plus de bulles récentes mais seulement des macules brunâtres, traces de bulles anciennes. L'état général est très bon; il n'y a plus de démangeaisons; les urines ne contiennent pas d'albumine.

EXAMEN HISTOLOGIQUE ET BACTÉRIOLOGIQUE

Examen bactériologique du sang, le 4 janvier (en pleine éruption).

Après asepsie soignée de la peau, prise de sang faite au pli du coude dans la veine médiane céphalique, au moyen d'une seringue stérilisée.

Examen du sang, sur lamelle, négatif.

Ensemencement large sur bouillon, gélose, gélatine, liquide ascitique et sang défibriné coagulé.

Sauf sur gélose et gélatine, nous avons obtenu des cultures de cocci présentant les caractères suivants. Microcoques ne se groupant pas en amas, restant colorés au Gram, ne poussant pas sur gélatine ni sur gélose en cultures aérobies, troublant le bouillon uniformément ainsi que le liquide ascitique en formant dans ce dernier des dépôts blanchâtres. Sur sang défibriné coagulé ils formaient des colonies blanches, épaisses, restant à la surface. Le microbe n'était pas pathogène pour la souris, ni le cobaye.

Nous notons le fait sans lui reconnaître une réelle valeur, parce que le micro-organisme en question ne s'est pas montré virulent, et qu'une deuxième prise de sang faite huit jours plus tard, dans les mêmes conditions (l'éruption était déjà vers son déclin), a été négative au point de vue bactérien.

Examen histologique du sang, le 10 janvier.

Globules rouges normaux, non déformés. Pas de poikilocytose.

Numération, 5,053,000 globules rouges par millim. cube.

Un globule blanc pour 190 globules rouges.

Très rares leucocytes éosinophiles.

Examen du liquide des bulles, le 4 janvier.

1° L'examen du liquide d'une bulle tout à fait au début, montre que ce liquide est clair, transparent, ne contient pas de microbes.

Examen sur lamelles et cultures. On n'y trouve que quelques rares leucocytes.

2° A la période moyenne de l'évolution de la bulle, le liquide est trouble et renferme de nombreuses cellules polynucléaires éosinophiles.

Sur 443 leucocytes 25 non éosinophiles 5,6 p. 100

— 286 — 16 — 5,5 —

En somme, nous trouvons une proportion de 94,5 p. 100 de leucocytes éosinophiles dans les bulles.

INOCULATION EXPÉRIMENTALE

Le 15 janvier, deux centimètres cubes de liquide des bulles ont été injectés dans la veine de l'oreille d'un lapin. Un nouveau centimètre cube est injecté sous la peau huit jours plus tard. Dans les deux cas le liquide était séreux. Il n'y a eu aucun accident local ou général. Le lapin sacrifié trois mois plus tard ne présentait aucune altération viscérale. L'articulation du genou gauche et le fémur était le siège d'un néoplasme très probablement accidentel et dont l'on s'aperçut trois semaines avant de sacrifier l'animal. Ce néoplasme à l'examen histologique a paru être de nature sarcomateuse.

Un autre lapin inoculé dans la veine de l'oreille par M. le Dr Sergent, le 6 mars avec un quart de centim. cube de liquide des bulles, est en parfaite santé le 6 juillet.

Des cobayes inoculés sous la peau, avec le même liquide, le 8 février. n'ont pas été malades.

Analyse d'urine, le 8 janvier 1896, par M. Jean Paris, interne en pharmacie :

Volume, moyenne de plusieurs jours.....	1020 ^{cc}
Densité à 15°.....	1021
Aspect.....	légèrement trouble.
Couleur.....	jaune foncé.
Odeur.....	"
Réaction.....	franchement acide.
Dépôt.....	peu abondant.
Extrait sec.....	38 gr.
Cendres.....	12 gr. 50

Examen chimique :

Éléments normaux.	Chlorures (évalués en NaCl).....	8 gr. 80
	Phosphates (évalués en PO ³).....	2 gr. 40
	Acide urique.....	0 gr. 35
	Acide hippurique.....	non déterminé.
	Créatine et créatinine.....	0 gr. 90
	Azote total (Will et Warentropp)...	12 gr. 25
	Urée.....	27 gr.
	Urée vraie.....	24 gr. 50
	(Créatine, xanthine, acide urique, urates évalués en urée).....	2 gr. 50

Éléments anormaux.	Albumine (sérine).....	traces indosables.
	Sucre.....	néant.
	Acides biliaires.....	—
	Pigments biliaires.....	—
	Urobiline.....	présence.
	Peptones.....	néant.
	Indican.....	traces.
	Acétone.....	néant.
	Pus.....	—
	Sang.....	—

Examen microscopique :

Rares cristaux d'acide urique.

Quelques cristaux d'urate de soude.

Quelques cellules épithéliales.

Micrococcus uræa.

Deuxième analyse, par M. Guillaume, interne en pharmacie, le 10 février 1896 :

Volume.....	1250 ^{cc}
Densité.....	1013
Aspect.....	trouble.
Couleur.....	jaune orangé.
Réaction.....	acide.
Dépôt.....	peu abondant.
Extrait sec.....	34 gr. par litre.
Cendres.....	10.75 par litre.

Examen chimique :

		PAR LITRE	PAR 24 HEURES
		7.50	9.37
Éléments normaux.	Chlorures.....	2.10	2.62
	Phosphates.....	0.30	0.37
	Acide urique.....	0.80	1.
	Créatine, créatinine.....	9.58	12.87
	Azote total.....	21.	26.25
	Urée.....	18.	22.50
	Urée vraie.....	3.	3.75
	Créatine, xanthine, acide urique, etc., évalués en urée.....		
Éléments pathologiques	Albumine.....	néant.	
	Sucre.....	—	
	Acides biliaires.....	—	
	Urobiline.....	traces.	
	Indican.....	—	
	Pus.....	néant.	
	Sang.....	—	

Examen microscopique : Cellules épithéliales. Cristaux d'acide urique et d'urate de soude.

Troisième analyse, par M. Guillaume, interne en pharmacie, le 8 mai 1896 :

Volume.....	600 ^{cc}
Densité.....	1015
Aspect.....	trouble.
Couleur.....	jaune citron.
Réaction.....	acide.
Dépôt.....	peu abondant.
Extrait sec.....	30 gr. 60
Cendres.....	9 gr. 25

Examen chimique :

		PAR LITRE
Éléments normaux.	Chlorures.....	6 gr. 20
	Phosphates.....	2 gr.
	Acide urique.....	0 gr. 28 centigr.
	Créatine et créatinine.....	0 gr. 75 centigr.
	Azote total.....	8 gr. 30
	Urée.....	17 gr.
	Urée vraie.....	15 gr. 25
	Créatine, xanthine, acide urique, urate, évalués en urée..	1 gr. 75

La quantité d'urine des 24 heures n'étant qu'approximative, le dosage n'a été rapporté qu'au litre.

Éléments anormaux.	Albumine.....	néant.
	Sucre.....	—
	Acides biliaires.....	—
	Urobiline.....	traces.
	Indican.....	—
	Pus.....	néant.
	Sang.....	—

Examen microscopique. — Phosphate ammoniaco-magnésien. Cellules épithéliales. Acide urique.

L'observation précédente est un type de dermatite herpétiforme, avec des poussées aiguës, souvent renouvelées, à marche cyclique, et à siège variable ; ce qui est un peu spécial, c'est la localisation primitive de l'éruption aux membres et au tronc et son extension ultérieure à la face et aux muqueuses buccale et pharyngée, sur des territoires répondant à la zone d'innervation du trijumeau. Comme dans les cas habituels la maladie s'est peu à peu atténuée et a marché progressivement vers une guérison.

Sous quelles influences s'est développée cette dermatose ?

Trois sortes de causes doivent être discutées :

Une infection ;

Une auto-intoxication ;

Un trouble dynamique du système nerveux.

En interrogeant la malade on apprend que quelque temps avant le début de la dermatite, elle a éprouvé de grands chagrins, elle a perdu sa fortune, a eu des ennuis d'intérieur, et elle est devenue très nerveuse, en même temps que sa santé générale avait à souffrir de son changement d'existence.

Doit-on supposer que, grâce à ces perturbations d'ordre physique et moral, elle a été victime d'une infection, qui a trouvé en elle un terrain favorable? Cette opinion nous paraît devoir être écartée; nous avons constaté, en effet, l'absence des micro-organismes pathogènes dans le sang de cette malade, et le liquide des bulles, inoculé à plusieurs reprises, s'est montré complètement inactif; il n'a déterminé chez les animaux aucune affection cutanée ou viscérale, aucun accident pathologique.

Est-on plus autorisé à admettre l'existence d'une auto-intoxication, comme quelques auteurs l'ont affirmé dans les cas semblables? Nous ne le pensons pas, car les caractères sur lesquels on s'est appuyé dans cette hypothèse pathogénique, à savoir les troubles de la nutrition caractérisés particulièrement par le défaut d'élimination des matières extractives et de l'urée, et la présence de sang de cellules éosinophiles en quantité anormale, font défaut dans notre cas. Les analyses d'urine que nous produisons montrent qu'il n'y a jamais eu d'hypoazoturie, et d'autre part l'examen du sang nous a révélé seulement quelques rares leucocytes éosinophiles. A ce propos d'ailleurs nous ne croyons pas devoir attacher à ces derniers l'importance capitale que quelques auteurs leur ont attribuée. La présence de leucocytes éosinophiles dans le sang a été notée par de nombreux auteurs au cours de maladies variées. L'un de nous, dans une observation de lèpre publiée avec M. Bensaude, a montré que le nombre des leucocytes éosinophiles par rapport aux globules blancs était de 8,48 p. 100 au lieu de 2 à 4 p. 100, chiffre normal. Enfin la quantité de ces mêmes éosinophiles dans le liquide des bulles en grande quantité, 95 p. 100 dans notre cas, n'a pas plus de valeur spécifique, car nous avons relaté dans plusieurs affections vésiculeuses ou pustuleuses la prédominance de ces éléments. On tend d'ailleurs de plus en plus à n'accorder à ces leucocytes qu'un rôle phagocytaire d'élimination de matières de réserve (1).

En écartant les hypothèses d'infection et d'auto-intoxication dans le cas qui nous occupe, nous sommes conduits à admettre qu'il faut chercher dans une modification peut-être simplement dynamique des centres nerveux, la cause de cette dermatite. Notre malade est une fille d'alcoolique, son frère a eu une affection cutanée, elle-même a

(1) SIAWICHO. *Ann. de l'Institut Pasteur.* — MESNIL. *Idem.*

des antécédents arthritiques. Enfin nous trouvons à l'origine de sa maladie un choc moral, à la suite duquel sa santé est restée altérée, elle est devenue nerveuse et la dermatite a fait son apparition. Pendant son séjour à l'hôpital, son nervosisme était manifeste, et, à plusieurs reprises, fut attesté par des crises de larmes et des accès de dépression neurasthénique. Bien que nous n'ayons relevé aucun stigmate physique net de cet état nevropathique, l'existence de cet état est néanmoins indubitable ; et, de plus, l'apparition des lésions par poussées souvent symétriques, leur localisation parfois à certains territoires (zone du trijumeau), nous font penser que la cause la plus probable de cette affection est un trouble dynamique primitif des centres nerveux.

M. HALLOPEAU. — Nos internes en pharmacie, MM. Tête et Vadam, ont constaté chez plusieurs de nos malades atteints de dermatite herpétiforme l'existence de toxines dans l'urine : ce fait ne s'expliquerait pas avec la théorie nerveuse non plus que la fièvre et les symptômes généraux qui annoncent souvent les poussées bulleuses. La symétrie des lésions ne prouve pas nécessairement l'origine nerveuse. Nous en avons pour témoin la distribution des éruptions bulleuses d'origine iodique. Je pense donc que, si certaines dermatites herpétiformes sont d'origine nerveuse, d'autres sont l'effet certain d'auto-intoxications.

M. BARTHELEMY. — Chacun ici connaît la conscience et le talent avec lesquels sont faits les travaux que notre ami le Dr Gaucher livre à la publication. Il me permettra pourtant de ne pas être de son avis relativement aux conclusions qu'il vient d'exposer sur la maladie de Duhring. On sait que nous sommes convenus d'appeler auto-intoxication l'état morbide qui succède aux résorptions de produits toxiques, de ferments solubles, formés dans l'intérieur de nos organes sans qu'il soit survenu de germes spéciaux comme ceux de la fièvre typhoïde, de la diphtérie, etc. Les fermentations ont lieu chez certains sujets : par exemple, chez ceux qui digèrent mal, avec des aliments sains qui ne donneraient lieu à aucune fermentation et à aucun malaise chez des sujets normalement résistants. De plus, chez certains autres, il y a insuffisance urinaire, insuffisance par conséquent d'élimination de substances ayant cessé de plaire ou d'être utiles à l'organisme, pouvant dès lors lui nuire et l'intoxiquer si l'épuration pour une raison quelconque n'est pas suffisante. Dans certains cas, la cellule hépatique doit être aussi incriminée que la cellule rénale. Cela étant dit d'une manière générale, car cela a rapport à la pathologie générale et ne trouve pas sa place exacte dans une Société de dermatologie, je n'insisterai pas. Pourtant, dans le cas particulier, ce n'est pas avec une seule observation et avec quelques analyses d'urine qu'il est admissible qu'on combatte efficacement les notions antérieurement acquises. Il faut pour cela un plus grand nombre de recherches, il faut notamment que les examens d'urines aient été faites avec le même soin et complètement tous les jours pendant plus d'un mois. On verra alors que les

modifications ont lieu deux ou trois jours avant les poussées éruptives qui ne sont pour ainsi dire que des décharges, ou des preuves que la coupe déborde et a besoin de soupapes pour exonérer l'organisme des poisons chimiques (et non indéfiniment proliférants) qui l'ont envahi. La symétrie n'est qu'apparente et le système nerveux dans la maladie de Duhring comme dans l'herpes gestationis, ne joue qu'un rôle secondaire (comme d'ailleurs dans le lichen plan, etc.) et les causes dépressives dont il vous a été parlé, ne jouent que leur rôle accessoire, déterminatif pour ainsi dire, mais nullement causal. C'est ainsi, à mon avis du moins, qu'il y a lieu d'interpréter la pathogénie de la maladie de Duhring, qui n'est en somme que la plus importante des toxicodermies et qui, comme celles-ci, n'est pas contagieuse.

Le traitement a aussi une réelle importance nosologique et lorsqu'on a désencombré l'organisme par le lait, les laxatifs, le régime doux et les antiseptiques, on arrive à voir les accidents s'amender et récidiver de moins en moins vivement, jusqu'à ce que, à l'occasion d'une autre grossesse ou d'une série d'écarts de régime, la même saturation de l'organisme par les toxines se reproduise et se manifeste par de nouvelles poussées, vraiment indicatrices, du côté des téguments.

M. LEREDDE. — On ne peut, parce qu'on n'a pas décelé le microbe dans une affection donnée, affirmer qu'elle n'est pas de nature parasitaire. Pour moi, la maladie de Duhring est une hémato-dermite, mais peut-être l'altération sanguine qui la conditionne est-elle liée à une germination microbienne. La question ne pourra être tranchée que le jour où nous serons fixés sur l'origine des cellules éosinophiles qu'on trouve dans le sang, chez les malades atteints de cette maladie, en nombre excessif.

Le fait de M. Gaucher est le premier que je connaisse où cette lésion sanguine n'ait pas été observée. Y a-t-il eu erreur de technique? Ne s'agirait-il pas d'une véritable dermatite herpétiforme? ou les assertions que j'ai émises sur la valeur de l'éosinophilie qui caractérise la maladie de Duhring sont-elles erronées? Il faudrait, je crois, revoir la malade au moment d'une nouvelle poussée.

Je me permettrai encore d'émettre l'opinion que les dermatologistes sont sujets à exagérer un peu le rôle des troubles nerveux des dermatoses, en raison de la tendance des malades, surtout des femmes, à expliquer ainsi toute éruption. J'ai bien souvent demandé à des syphilitiques secondaires, pourquoi elles avaient des boutons, et souvent je les ai entendues répondre qu'ils étaient survenus à la suite d'une peur, d'une émotion. C'est la doctrine populaire du sang tourné.

M. GAUCHER. — Il suffit de lire l'observation actuelle pour reconnaître que l'analyse des troubles nerveux a été faite avec assez de précision pour qu'on ne puisse les mettre en doute.

Un cas de laryngite tertiaire grave traité par les injections de calomel.

Par M. MENDEL.

J'ai l'honneur de présenter à la Société une troisième observation de laryngite tertiaire grave traitée exclusivement par les injections de calomel.

Aujourd'hui, le malade est à peu près guéri, il ne présente plus que des vestiges de son affection ; mais il doit être encore surveillé.

L'histoire de ce malade est assez longue, puisque la maladie, qui a débuté le 19 avril dernier, n'est pas encore complètement terminée aujourd'hui. C'est une laryngite tertiaire caractérisée par de l'infiltration gommeuse répartie sur de larges surfaces et notamment dans les cartilages. Son évolution peut être divisée en trois phases, d'après la succession des faits, et d'après la localisation des lésions que je vais rapporter.

Les antécédents du malade sont nets : c'est un ouvrier verrier, âgé de 40 ans, qui a pris la syphilis en 1886 ; il s'est soigné assez bien pendant un an ; d'ailleurs, les accidents ont été assez fugaces : un chancre, des plaques muqueuses, quelques taches de roséole, un peu d'alopecie et ce fut tout.

Depuis neuf ans, aucun accident, quoique l'hygiène fût assez médiocre : le malade était buveur et fumeur.

Le début de la maladie actuelle remonte au 19 avril dernier pendant la nuit. Le malade ressentit un violent mal de gorge accompagné de fièvre ; il était gêné pour respirer ; la déglutition était presque impossible ; la voix à peu près éteinte.

Il entra à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Darier, qui voulut bien me charger de l'examiner et de le traiter, ce dont je suis heureux de le remercier ici.

L'examen laryngoscopique, le 22 avril, me permit de constater un œdème considérable de l'épiglotte et des replis ary-épiglottiques : c'est là la première phase de la maladie.

Je ne sus alors à quelle cause attribuer cet œdème aigu. Je me contentai — pour aller au plus pressé — de scarifier largement l'épiglotte : les mouchetures provoquèrent une saignée locale assez abondante qui soulagea le malade ; cette petite opération fut renouvelée trois fois et trois jours après l'entrée du malade à l'hôpital, les symptômes pénibles avaient presque disparu ; le malade sortit de l'hôpital le 25 avril, pour reprendre ses occupations.

Cependant, l'affection reprit le 28, mais moins violente. Cette seconde atteinte sembla se localiser au côté droit du cou.

Le malade vint me trouver à ma clinique, le 5 mai. Voici quel était son état.

On remarquait sur la face latérale droite du cou une tumeur dure, dou-

loureuse, remontant presque sous le menton et descendant jusqu'au niveau du cartilage cricoïde. Cette tumeur faisait corps avec le larynx : elle était de la grosseur d'une mandarine. A la partie médiane, la saillie de la pomme d'Adam était masquée, la lame gauche du thyroïde semblait intacte. C'est là le tableau de la périchondrite thyroïdienne.

A l'examen laryngoscopique, on notait à droite de l'épiglotte et la comprimant latéralement, une masse œdémateuse considérable, produite par l'infiltration du tissu cellulaire situé au-dessus de la lame droite du thyroïde.

La compression latérale de l'épiglotte avait pour résultat de rétrécir très notablement l'accès de l'air, d'autant plus que la moitié droite de l'épiglotte était elle-même très gonflée; la dyspnée était assez considérable; la dysphagie très marquée.

La seconde phase de l'affection était donc constituée par une périchondrite de la lame droite du thyroïde.

Je renvoyai alors ce malade à M. Darier, en lui demandant de le recevoir de nouveau dans son service et en lui proposant de lui administrer une injection de calomel de 0,05, car, à ce moment, je ne doutai pas de la nature syphilitique des accidents.

Le malade entra donc à l'hôpital le mercredi 6 mai : on lui donna 2 gr. d'iodure de potassium.

Le jeudi 7, on lui fit une injection de calomel qui ne le fit pas beaucoup souffrir : il prit 6 gr. d'iodure de potassium.

Le vendredi 8, il prit 3 gr. d'iodure de potassium dans la matinée : c'est à ce moment que je l'examinai.

Je m'attendais à le trouver très amélioré, il n'en était rien. La tumeur cervicale droite était augmentée d'un tiers; la lame gauche du thyroïde avait doublé de volume et était douloureuse; enfin, la dyspnée commençait à devenir assez inquiétante pour qu'on se préparât à faire la trachéotomie ou la laryngotomie dans la journée : en effet, l'épiglotte était comprimée latéralement et l'accès de l'air était des plus réduits. Fort surpris de ce résultat du traitement, je pensai que l'iodure de potassium que prenait le malade avait non seulement paralysé l'action de l'injection de calomel, mais avait déterminé cette recrudescence redoutable de l'œdème.

Je proposai à M. Darier de supprimer l'iodure de potassium, le malade passa une meilleure nuit; la respiration devint plus facile, et, le lendemain matin, 9 mai, soit quarante-huit heures après l'injection de calomel, je pus constater que les tumeurs cervicales causées par la périchondrite du thyroïde n'étaient plus représentées que par un empatement de ses lames qui semblaient doublées de volume : la respiration, sans être normale, était beaucoup plus facile que la veille. A l'examen laryngoscopique, l'épiglotte n'était plus comprimée aussi fortement : elle était diminuée de volume. On pouvait apercevoir l'intérieur du larynx : la corde vocale gauche était visible et normale; la corde droite était encore masquée par le gonflement de la moitié droite de l'épiglotte.

Enfin, le dimanche 10, la respiration était normale; l'intérieur du larynx était complètement visible : la lame droite du thyroïde avait repris son volume normal; la lame gauche était encore assez gonflée et douloureuse

à la pression. Mais le malade était hors de danger d'asphyxie et pouvait avaler autre chose que des liquides.

Le mercredi 13, le malade reçut une seconde injection de calomel, qui, ainsi que la première, ne l'incommoda que fort peu. A ce moment, la maladie, qu'on pouvait croire guérie, reprit, et commença sa troisième phase, quoique le malade fût sous l'influence du traitement mercuriel. La lame gauche du thyroïde, un peu gonflée précédemment, prit très rapidement un développement aussi considérable que celui qu'avait pris la lame droite. Le tableau clinique fut le même du côté opposé : présence sur le côté gauche du cou d'une tumeur grosse comme un abricot ou une petite mandarine, tumeur dure, un peu rénitente, douloureuse.

A l'examen laryngoscopique, masse œdémateuse latérale gauche, comprimant l'épiglotte elle-même œdématiée, ainsi que le ligament ary-épiglottique correspondant; orifice laryngé et très réduit; violente dysphagie. Voix très peu altérée, comme précédemment.

Dimanche 17. Le malade, dont l'état est toujours grave, reçoit une injection de 0,05 de calomel.

Le 20. La lésion commence à s'amender; la tumeur thyroïdienne entre en résolution.

Dimanche 24. Quatrième injection de calomel.

Samedi 30. Cinquième injection, atténuation progressive des symptômes. Peu à peu, la tumeur diminue de volume, et, au bout de quelques jours, on pouvait voir complètement l'intérieur du larynx : les deux cordes étaient normales, elles avaient échappé d'ailleurs à l'infiltration.

6 juin. Sixième injection de calomel.

Aujourd'hui, l'état du malade est satisfaisant : on peut constater que le volume extérieur du larynx est augmenté dans le sens transversal; le squelette cartilagineux semble un peu empâté et alourdi.

L'examen laryngoscopique montre seulement un peu d'épaississement de l'épiglotte et des ligaments ary-épiglottiques; le côté gauche, le plus récemment atteint, est un peu plus volumineux.

La voix est claire, — plus de dyspnée; — seulement un léger degré de dysphagie.

Cette observation m'a semblé intéressante, d'abord au point de vue clinique. Le début de cette grave laryngite a été très masqué : il a affecté la forme d'un œdème aigu aryéno-épiglottique, dont nous n'avons eu l'explication que par la suite. L'affection, qui s'était d'abord étendue sur le système ary-épiglottique, se localise quelques jours plus tard sur le cartilage thyroïde, dont elle atteint d'abord la lame droite, puis la lame gauche successivement.

L'évolution de la périchondrite a été favorable : il n'y a eu ni supuration, ni fistule, ni ulcération, ni cicatrices. On a observé, en résumé, une infiltration gommeuse du cartilage, qui s'est simplement terminée par résolution, en laissant après le cartilage épaissi, sans le moindre trouble fonctionnel. Somme toute, l'évolution et la terminaison de la maladie ont été aussi bénignes que possible.

Le traitement de la syphilis tertiaire par les injections de calomel s'est encore montré ici parfaitement efficace.

Les périchondrites tertiaires se terminent quelquefois par simple résorption, comme dans le cas actuel, mais il arrive aussi qu'elles suppurent et produisent des accidents très graves par obstruction des voies aériennes.

Ici, nous avons le droit de nous féliciter du résultat obtenu.

Je ferai encore deux remarques à propos du traitement employé :

L'iodure de potassium s'est montré nuisible et même douloureux. Dans le cas actuel, il me semble positivement avoir paralysé l'action du calomel, puisque cette action s'est manifestée aussitôt après la cessation de l'iodure ; de plus, il a nui au malade en augmentant son œdème laryngien.

Ce médicament peut rendre des services dans les vieilles laryngites tertiaires, mais à la période de début, il peut être dangereux.

Enfin, le traitement par le calomel, tout en se montrant efficace, n'a pas eu ici cette rapidité d'action que j'avais observée dans les deux observations précédentes. L'affection a même poursuivi sa marche, alors que le malade était en plein traitement. Néanmoins, en présence de la gravité des lésions et des résultats du traitement, on peut se demander si une autre médication mercurielle aurait produit les mêmes bons effets.

J'ajouterai enfin que dans le cas actuel, les injections ont été parfaitement bien supportées : elles n'ont produit qu'une douleur minime et fugitive.

M. FOURNIER. — Ce fait est des plus remarquables. Les inconvénients de l'emploi de l'iodure de potassium dans la syphilis laryngée n'avaient pas été signalés que je sache.

Hémiplégie spinale très précoce, survenue au début même de la période secondaire. Amyotrophie consécutive du membre inférieur.

Par M. FOURNIER.

Le malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société est un exemple de syphilis médullaire très intéressant à deux titres, si je ne me trompe.

D'une part, cette syphilis médullaire a été extrêmement, extraordinairement précoce. Elle a fait invasion au *second mois* de l'infection, peu de temps ou, précisons mieux, quelques jours après l'éruption de la roséole et l'apparition de plaques muqueuses anales et

péri-anales. C'est donc là un exemple en plus de la précocité plus que singulière qu'affectent parfois les manifestations spinales de la syphilis, précocité déjà signalée en plusieurs cas.

D'autre part, cette syphilis médullaire a affecté et affecte encore une forme quelque peu insolite, à savoir : la *FORME HÉMIPLÉGIQUE* ou mieux, *LATÉRALISÉE*.

Pour avoir été des plus simples, les symptômes n'en sont pas moins des plus remarquables. Sommairement, ils ont consisté en ceci :

D'abord, quelques prodromes de *douleurs* disséminées dans les membres et dans la région lombaire. Puis, *invasion absolument sidérante* des phénomènes paralytiques. Le 10 octobre dernier, le malade, alité depuis quelques jours par des douleurs, tente de se lever. Il tombe, ses jambes s'étant dérochées sous lui. Il essaie de se relever, mais vainement ; si bien que, comme il était seul chez lui, il a passé toute la nuit étendu sur le plancher de la chambre.

Au matin, on le relève, et l'on constate alors qu'il est *paralysé de son bras droit et de son membre inférieur droit*, la face restant indemne. D'autre part, il ne peut plus uriner et l'on est forcé de le sonder pendant vingt-quatre heures.

Alors, seulement, il est soumis au traitement spécifique (4 grammes d'iodure de potassium quotidiennement).

Huit jours après, le bras commence à exécuter quelques mouvements. Puis, il se délivre à peu près complètement dans l'espace d'un mois.

Le membre inférieur, cependant, reste paralysé. Ce n'est environ que deux mois plus tard qu'il commence à ébaucher quelques mouvements. Mais, dès ce moment, débute une *atrophie musculaire* qui s'inaugure par le mollet et bientôt envahit tout le membre.

Ce n'est que le 20 juin que le malade se décide à réclamer de nouveaux soins et se présente à notre consultation.

A cette époque, nous constatons ceci :

Le malade peut marcher, mais il marche lourdement du membre droit. Ce membre a perdu une partie de sa force musculaire. En outre, il est considérablement *atrophie*. Un simple coup d'œil y démontre une amyotrophie des plus accentuées, que confirme la mensuration.

La sensibilité tégumentaire de ce membre est diminuée dans ses trois modes (contact, douleur et température), mais simplement diminuée et non abolie.

Extinction absolue du réflexe rotulien à droite et à gauche.

Parésie du membre droit, amyotrophie des membres et extinction des réflexes, voilà ce à quoi se limitait la symptomatologie, lors de l'entrée du malade dans nos salles.

Il était déjà bien tard pour qu'un traitement, même énergique, pût exercer quelque action curative sur de tels symptômes. Et, en effet, la reprise du traitement ioduré et une série d'injections de calomel n'ont produit jusqu'à ce jour aucune modification dans l'état du malade.

Au total, c'est là un cas curieux de *syphilis maligne précoce du système nerveux*, se traduisant d'une façon singulièrement hâtive par des symptômes *d'hémiplégie spinale avec amyotrophie*.

Inutile d'ajouter, au point de vue étiologique, qu'une analyse minutieuse des antécédents et des causes occasionnelles n'a révélé que l'influence syphilitique comme explication possible de cette hémiplégie spinale.

Observation recueillie par M. GEORGES BROUARDEL, interne des hôpitaux.

Le nommé S..., âgé de 26 ans, journalier, entre dans le service de M. le professeur Fournier, le 13 juin 1896.

Il est couché dans la salle Saint-Louis, lit n° 21.

Antécédents héréditaires. — Ses antécédents héréditaires ne présentent rien de particulier. Son père est mort à 60 ans d'une bronchite (?); sa mère est morte à 55 ans, aliénée. .

Il a un frère qui a 30 ans et une sœur qui a 31 ans, très bien portants tous deux. Sa mère n'a pas fait de fausse couche.

Il n'est pas marié; n'a pas d'enfant.

Il n'y a ni tuberculeux, ni névropathes, ni alcooliques parmi ses oncles et ses tantes.

Antécédents personnels et maladie. — Il a eu la rougeole à l'âge de 3 ans. A 23 ans, il a eu une blennorrhagie qui guérit en trente jours environ; la même année il a un embarras gastrique assez intense.

Vers le 1^{er} septembre 1895, il s'aperçoit qu'il a une ulcération sur la face supérieure de la verge, ulcération déjà assez large et datant déjà, en toute évidence, d'un certain temps.

Cette ulcération était bien sûrement un chancre induré, car elle a été suivie d'une roséole (en octobre) et de plaques muqueuses à l'anus. On ne lui donne pas de traitement interne, et l'on panse simplement le chancre avec la pommade à l'iodoforme.

1^{er} octobre. Il ressent quelques maux de tête et surtout des douleurs dans tous les membres.

Douleurs dans la région lombaire, qui ne font que croître jusqu'au 10 octobre.

Le 10. Dans la soirée, il veut se lever (il était alité depuis le 1^{er} à cause de ses douleurs), mais il tombe, ses jambes se dérochant sous lui. Il ne peut se relever à cause de cette *faiblesse générale*, si bien qu'il passe toute la nuit étendu sur le plancher.

Le 11. On vient le relever à dix heures du matin, et il s'aperçoit que son côté droit est beaucoup plus faible que son côté gauche.

Pendant que cette *hémiplegie droite* s'est développée, il n'a eu à aucun moment de perte de connaissance. Rien à la face.

Pendant vingt-quatre heures, *rétenion d'urine*; on sonde le malade. Pas de douleurs.

On le met à l'iodure (4 gr. par jour).

Au bout de huit jours, vers le 19 octobre, il commence à remuer la main droite; au bout d'un mois, il remue le bras, et recouvre peu à peu l'intégrité presque complète des mouvements de ce membre.

Il ne peut mouvoir son membre inférieur qu'au bout de deux mois environ. A partir de ce moment débute une *atrophie* qui s'étend progressivement sur tout le membre. Cette atrophie avait d'abord atteint le mollet. Il a été en même temps *très constipé* pendant un mois.

État actuel, 20 juin. — *Membres supérieurs*. — Le membre supérieur droit présente à peu près le même volume que le membre supérieur gauche. La force musculaire y est intacte.

Membres inférieurs. — Le membre inférieur droit présente une *atrophie* considérable de toutes les masses musculaires. La force musculaire y est notablement diminuée.

Quelques contractions fibrillaires.

Réflexes rotuliens abolis.

Sensibilité générale au tact, à la douleur et à la température, diminuée dans le membre inférieur droit, sans être entièrement abolie.

Yeux. — Absolument intacts (examen de M. le Dr Sauvinaud). Pas de rétrécissement du champ visuel. Les pupilles réagissent bien à la lumière et à l'accommodation.

Oreilles. — Pas de rétrécissement du champ auditif.

Odorat et goût, conservés.

Pas de stigmates d'hystérie, pas de symptômes d'alcoolisme.

Il n'y a pas d'éruption ni de cicatrices sur la peau, à part le vestige du chancre.

Urines normales. Ni albumine, ni sucre.

Rien au cœur. Rien aux poumons.

Traitement : injections de calomel.

7 juillet. Nous ne trouvons aucun changement dans l'état du malade depuis son entrée à l'hôpital.

M. ABADIE. — La syphilis médullaire a été, dans ces derniers temps, le sujet de travaux cliniques des plus importants.

La plupart des auteurs qui se sont occupés de la question distinguent une forme aiguë et une forme chronique. De l'avis unanime la forme aiguë serait plus facilement curable que la forme chronique; j'insiste sur cette distinction parce que c'est surtout la question du traitement que je tiens à aborder.

Dans la forme aiguë les frictions mercurielles et l'iodure de potassium ont donné souvent de très bons résultats, mais il n'en est pas de même dans la forme chronique. Probablement qu'au point de vue anatomique et clinique, ce qui doit différencier la myélite chronique et la myélite aiguë, et ce qui constitue la gravité de la première, c'est que le tissu nerveux

médullaire lui-même doit être intéressé, tandis que dans la myélite aiguë, il s'agit de simples exsudats comprimant les enveloppes de la moelle.

Tous les praticiens sont unanimes à reconnaître que, dans la myélite chronique, l'affection devient extrêmement difficile à guérir, et qu'on ne peut plus compter sur les moyens ordinaires de traitement. Tout récemment encore, M. le professeur Fournier publiait un travail sur ce sujet et signalait le cas d'un malade qui avait été soumis aux traitements les plus variés et qui n'en avait presque retiré aucun bénéfice.

M. le Dr Gilles de la Tourette, dans un travail très documenté paru récemment dans le *Bulletin médical*, a abordé aussi cette question intéressante de la myélite syphilitique chronique.

Après avoir longuement développé le côté clinique de la question et décrit avec beaucoup de soin les symptômes variés de cette affection, il s'est occupé de son traitement. Il avoue, comme les autres cliniciens que, dans la forme aiguë, on peut réussir avec l'iodure de potassium et les mercuriaux, mais qu'il n'en est pas de même dans la forme chronique, où les mercuriaux administrés à l'intérieur ou même en frictions, et l'iodure de potassium à doses extrêmement élevées restent le plus souvent inefficaces, tandis que, dans ces mêmes cas graves, M. Gilles de la Tourette préconise les injections de sel mercuriel soluble. C'est grâce à cette médication qu'il a pu obtenir quelques succès.

M. Gilles de la Tourette avait tout d'abord essayé le calomel qui, après avoir été très décrié, semble jouir aujourd'hui d'une si grande vogue auprès de la plupart des dermatologistes. Or, il a été obligé de renoncer à ce médicament parce que son action thérapeutique n'était pas plus puissante que celle des sels solubles, mais que, par contre, son action était bien plus déprimante et tellement douloureuse que la plupart des malades ainsi soignés se sont refusés à vouloir continuer ce traitement.

M. Gilles de la Tourette emploie simplement le peptonate d'hydrargyre à la dose d'un centigramme par jour, ou bien la solution de biiodure d'hydrargyre recommandée par le professeur Panas, et il n'hésite pas à déclarer, d'après son expérience personnelle, que ce moyen donne des résultats meilleurs que tous les autres dans le traitement de la syphilis médullaire chronique.

Cet aveu est d'autant plus important à recueillir que, d'après les neuropathologistes, ces formes de myélites syphilitiques chroniques sont très fréquentes. Les hôpitaux d'infirmités sont encombrés de malheureux malades devenus complètement impotents et quelquefois finalement gâteux, par suite de syphilis médullaires chroniques qui ont été traitées simplement par les moyens ordinaires, c'est-à-dire par l'iodure de potassium, par les sels mercuriaux administrés à l'intérieur, ou simplement donnés en frictions.

Ceci nous démontre donc, d'une façon catégorique que, dans la syphilis médullaire chronique, le choix de la préparation mercurielle n'est pas indifférent, qu'il s'agit là d'une maladie à évolution lente contre laquelle les moyens ordinaires ont peu de prises, et par conséquent qu'il ne faut pas s'attarder au début à l'emploi des pilules de protoiodure, de l'iodure de potassium et des frictions mercurielles, mais qu'il faut, immédiatement et d'emblée, recourir aux injections mercurielles de sel soluble.

Bien que n'ayant pas sur ce sujet une expérience personnelle très étendue, je ne puis m'empêcher de rappeler à la Société que je l'ai déjà entretenue d'un malade soigné par moi, et un peu malgré moi d'une syphilis médullaire chronique.

Ce malade, que j'avais guéri auparavant d'irido-choroïdite syphilitique fort grave, fut atteint de syphilis médullaire chronique. Il consulta, d'après mon conseil, les principaux syphiligraphes de Paris ; tous lui prescrivirent l'iodure de potassium à haute dose ainsi que les frictions mercurielles. Malgré cette médication, la maladie fit des progrès incessants. Cet homme fut frappé d'impuissance absolue ; bientôt il se plaignit de troubles de la motilité et de la sensibilité des membres inférieurs, troubles qui sont si caractéristiques dans cette singulière affection.

J'eus recours tout d'abord, chez lui, aux injections sous-cutanées de cyanure d'hydrargyre ; les résultats furent meilleurs qu'avec les médications antérieures, mais, néanmoins, l'amélioration était si lente, et l'affection me paraissait d'un avenir si sombre, que je me décidai à lui faire des injections intra-veineuses. J'ai fait, dans l'espace de deux ans, à ce malade, plus de 120 injections intra-veineuses ; l'amélioration a été toujours en s'accroissant, et aujourd'hui je puis dire que je touche à la guérison. Je ne puis encore affirmer qu'elle est absolue, parce que le traitement n'a pas été définitivement cessé, mais je ne fais plus maintenant que deux injections tous les dix jours, avec des intervalles de dix jours de repos ; la puissance génitale est revenue et tous les troubles fonctionnels ont disparu.

Il m'est apparu très nettement par ce cas-là que, dans une affection aussi redoutable, qui fait tant de malheureuses victimes allant s'échouer finalement dans les hospices d'infirmités, il faudrait établir comme règle absolue de traitement, soit les injections sous-cutanées de sels mercuriels solubles, soit, quand la chose est possible, les injections intra-veineuses.

En outre, l'exemple de ce malade est la meilleure réponse à faire à ceux qui croient encore que les injections intra-veineuses offrent des dangers. Voilà un malade qui, dans l'espace de deux ans, en a reçu plus de 120, et qui les a toujours admirablement supportées. Du reste, ne voit-on pas aujourd'hui les injections intra-veineuses, soit médicamenteuses, soit faites avec du sérum artificiel, dans le but de combattre des intoxications graves, se vulgariser de plus en plus et la pratique journalière ne démontre-t-elle pas qu'elles peuvent être faites avec une entière sécurité, à la condition de prendre des précautions antiseptiques rigoureuses.

Chancres indurés multiples.

Par M. CANUET.

L'auteur présente une malade de 18 ans qui porte trois chancres indurés. L'un siège à la lèvre inférieure et est accompagné d'adéno-pathie sous-maxillaire ; les deux autres siègent aux seins, un sur chaque aréole ; on trouve dans chaque aisselle un volumineux ganglion.

Sur l'amygdale droite on remarque une lésion sur la nature de laquelle on peut hésiter mais qui semble être un quatrième chancre induré. La contagion s'est faite directement par plaques muqueuses buccales.

Gommes syphilitiques. Atrophies musculaires multiples.

Par M. DU CASTEL.

Le malade, que j'ai l'honneur de présenter à la Société, est un homme de 32 ans, sans antécédents héréditaires importants : né avant terme, à sept mois de grossesse, il a eu dans sa jeunesse trois poussées de rhumatisme articulaire aigu ; à 22 ans, la dysenterie ; à 23 ans, mordu par un chien enragé, il a subi 25 inoculations ; à 25 ans, il tombe d'une échelle et a de fortes contusions des poignets et de la région lombaire.

A l'âge de 23 ans, le malade a eu des chancres multiples ; ils n'ont été suivis d'aucun accident, d'infection syphilitique ; P... paraît avoir été soigné comme atteint de chancres-simples et n'avoir subi aucun traitement antisiphilitique.

Il y a deux ans, le malade a eu de violents maux de gorge et a perdu ses cheveux ; il y a seize mois, il a éprouvé de violents maux de tête sans prédominance nocturne marquée.

Il y a sept ans, P... a subi une amputation du testicule pour une petite nodosité extrêmement douloureuse qui empêchait la marche.

Il y a quinze mois, des nodosités qui se sont ulcérées et sur lesquelles le malade s'est contenté de faire des pansements iodoformés, se sont montrées sur le cuir chevelu. A la même époque, la jambe gauche commençait à faiblir.

Il y a un an, les bras commençaient à maigrir et à perdre leur force. Depuis lors les bras et la jambe gauche sont devenus de plus en plus faibles ; il s'est produit une scoliose lombaire et la hanche gauche s'est abaissée.

Il y a deux mois, une fracture spontanée de la clavicule s'est produite ; il y a, à ce niveau, une tuméfaction considérable de l'os.

Le malade a vu, en ville, plusieurs médecins qui ne l'ont jamais soumis à un traitement antisiphilitique.

A son entrée à l'hôpital (10 juin 1896), le malade présente des gommes ulcérées du cuir chevelu, du front, du bras droit et du bras gauche, une atrophie musculaire du type scapulo-huméral des deux côtés, une atrophie musculaire du membre inférieur gauche, une scoliose très marquée de la région lombaire.

Les altérations musculaires se sont faites sans accompagnement de phénomènes douloureux.

Le malade n'arrive pas à écarter les bras du tronc, tellement l'affaiblissement et particulièrement l'atrophie des deltoïdes sont grands ; l'adduction, l'élévation, l'abaissement des bras se font très difficilement.

Les deux membres inférieurs paraissent atrophiés, le gauche beaucoup plus que le droit. La marche est très difficile. Il y a un certain degré d'hyperesthésie du membre gauche : les réflexes rotuliens sont exagérés.

L'excitabilité faradique est diminuée ; il n'y a pas de réaction de dégénérescence.

Je noterai en terminant l'hypertrophie considérable de la rate.

Depuis qu'il est entré dans la salle, le malade a été soumis au traitement par les frictions mercurielles et l'iodure de potassium à la dose de 6 gr. par jour. Une amélioration considérable s'est produite dans l'aspect des gommès ; la force musculaire est revenue dans des proportions énormes ; la marche est beaucoup plus facile ; le malade soulève les bras avec facilité et peut même soulever un poids d'un kilogr.

Cette observation me paraît encourageante ; elle marque l'influence que le traitement peut avoir sur des lésions musculaires déjà anciennes.

Pseudo-lupus syphilitique.

Par M. FOURNIER.

Je viens montrer de nouveau le fait de pseudo-lupus syphilitique qui a été montré à la Société au mois dernier. Le traitement par les injections de calomel a été poursuivi. Je veux faire constater l'amélioration extraordinaire qu'elles ont déterminée.

M. BESNIER. — Je demande que le malade soit encore présenté à la Société pour que nous suivions l'évolution ultérieure.

Pityriasis rubra pilaire.

Par M. DU CASTEL.

Les antécédents du malade n'ont pu être relevés ; il est russe et nous n'avons pu trouver personne, pas même un médecin russe qui suivait notre visite, pour s'entendre avec lui.

On observe sur tout le corps des aspérités ayant la forme de cônes assez saillants et donnent aux parties atteintes l'aspect de « chair de poule ». Au sommet de la plupart de ces petits cônes, on peut voir un poil qui s'y implante.

La couleur, assez peu accentuée, tire sur le rouge jaunâtre.

La ligne cubitale est très atteinte, surtout du côté gauche, et à cet endroit, les saillies réunies forment un placard lichénoïde très marqué et très nettement délimité.

Sur la face dorsale des poignets, et surtout du côté gauche, on voit des aspérités plus grosses, du volume d'une lentille, ombiliquées et présentant à leur centre un point noir.

Sur la face dorsale des phalanges et des articulations métacarpo-phalangiennes, et sur la partie cubitale de la face dorsale de la main, il y a des placards à coloration plus foncée et recouverts de squames blanchâtres, plâtreuses, très adhérentes.

La paume des mains présente un aspect corné très prononcé. Les plis normaux sont exagérés et plus profonds qu'à l'état ordinaire et on voit se détacher des plaques cornées, gris jaunâtre.

La plante des pieds présente les mêmes altérations que la paume des mains.

Les ongles présentent les lésions caractéristiques du pityriasis rubra pilaire. Son extrémité inférieure est très épaissie, surtout sur les parties latérales : leur épaisseur atteint 2 millim.

L'aspect de moelle de jonc est très caractéristique. La matrice de l'ongle est indemne.

La face est atteinte et on voit des placards recouverts de squames blanchâtres, très petites, plâtreuses surtout au niveau du menton et de la moustache. Les sourcils sont également envahis.

A la nuque, on voit un placard de papules cohérentes ayant la dimension d'une pièce de cinq francs.

Le conduit auditif externe et la partie environnante présentent un conduit plâtreux, blanchâtre, se détachant au grattage.

Le cuir chevelu ne présente pas d'éléments coniques, mais il y a une desquamation abondante.

Enfin, le malade présente un placard sacré, formé de papules adjacentes mais non réunies, polygonales et séparées par de petits sillons.

(Observation recueillie par M. GULIZ, externe du service.)

Éruption généralisée chez un ouvrier employé aux désinfections.

Par M. DU CASTEL.

Ce malade, employé chez un teinturier, désinfecte des vêtements, et des appartements. Il emploie pour cela une solution de sublimé à 1/1000.

Le 28 mai dernier, il a été pris à quatre heures de l'après-midi d'un violent accès de fièvre. Il reprend néanmoins son travail, mais est obligé de s'arrêter quinze jours après.

Il y a quatre semaines, apparaît une éruption, débutant au creux épigastrique, puis s'étendant à l'abdomen et aux aines. Elle reste stationnaire pendant huit jours, puis envahit les aisselles, les membres supérieurs et les membres inférieurs. Elle n'est arrêtée et stationnaire que depuis quelques jours.

L'éruption est caractérisée par de petites papules, très rapprochées à certains endroits, rouges, quelques-unes excoriées par le grattage. On en observe qui sont en voie de régression.

Démangeaisons vives.

Localisations : Ligne axillaire.

Abdomen.

Face interne des cuisses.

Région trochantérienne.

La base du cou est entourée d'un collier de papules reposant sur une base œdémateuse.

(Observation recueillie par M. GULIE, externe du service.)

Sur un mycosis fongoïde avec localisation initiale, éruptions polymorphes et végétations axillaire et inguinales.

Par MM. HALLOPEAU et G. BUREAU.

Au premier abord ce cas paraît banal, car il représente le type le plus habituel du mycosis fongoïde ; cependant certaines particularités nous semblent dignes d'attirer l'attention.

Marie D..., âgée de 34 ans, domestique, entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Lugol, lit n° 19, le 3 juin 1896.

Il n'y a rien à noter dans ses antécédents héréditaires et personnels. Cette femme a eu un enfant il y a treize ans ; dix-huit mois après, c'est-à-dire il y a onze ans et demi, a commencé l'affection qui l'amène aujourd'hui à l'hôpital. A cette époque, est apparue sur la face supéro-interne de la cuisse droite, une plaque rouge, ovale, de la dimension d'une pièce de 5 francs. Cette plaque, peu surélevée, non suintante, donnait une légère desquamation furfuracée, elle est restée pendant trois ans stationnaire sans s'accompagner d'aucune autre manifestation. Elle était très prurigineuse. Au bout de trois ans, survinrent d'autres plaques sur le tronc et les cuisses, plaques semblables à la première et qui n'ont jamais rétrocedé depuis. Les avant-bras et les jambes furent atteints il y a deux ans, et c'est seulement depuis un an que les lésions ont commencé à devenir végétantes par places.

Actuellement l'affection est entièrement généralisée.

Toute la face antérieure du tronc et de l'abdomen est couverte de surfaces d'un rouge foncé de dimensions variables, les unes formant des plaques de dimensions moyennes, les autres confluant en larges placards qui laissent seulement entre eux quelques rares intervalles de peau saine. Ces placards sont d'un rouge foncé, à bords irréguliers, polycycliques ; à leur niveau, le derme est épaissi, induré, et, par places, ces taches, plus proéminentes, commencent à végéter. Ces plaques végétantes se rencontrent surtout au pourtour de l'ombilic, sur les flancs et à la partie inférieure de l'abdomen, vers le mont de Vénus, où les poils sont du reste très raréfiés. A ce niveau les plaques sont saillantes et leur surface rappelle un peu celle d'un macaron.

Dans le dos, les lésions présentent à peu près le même aspect ; elles sont surtout proéminentes au niveau des régions interscapulaire et lombaire.

Sur le cou, en arrière, les lésions remontent jusqu'à la limite du cuir chevelu ; à ce niveau, le derme est très épaissi. Sur le côté droit du cou, on voit des lésions très caractéristiques ; il y a deux plaques ovalaires, surélevées et légèrement suintantes.

La face est peu atteinte ; cependant sur le côté gauche du cou, les lésions dépassent un peu le bord du maxillaire inférieur. Depuis l'entrée de la malade à l'hôpital, il est survenu une petite tumeur au niveau de la commissure gauche.

Membres supérieurs. — Dans les aisselles, les lésions sont franchement végétantes ; on voit à gauche une tumeur du volume d'une noisette et légèrement pédiculée, puis une série d'autres petites tumeurs moins volumineuses.

Sur les bras et les avant-bras, l'éruption revêt l'aspect d'eczéma avec lichénification par places. Dans d'autres endroits, on trouve des plaques à bords surélevés.

Sur les mains, dans les espaces interdigitaux, il existe des lésions d'apparence eczémateuse.

Membres inférieurs. — L'éruption présente à peu près le même aspect : elle est surtout accentuée à la partie supéro-interne des cuisses et au niveau des plis inguinaux où elle est végétante par places.

A la partie interne de la jambe droite, on voit une large tache d'un brun foncé, limitée à sa partie supérieure par un volumineux bourrelet, présentant plusieurs centimètres de large, et faisant une notable saillie au-dessus des téguments voisins. Ce bourrelet est très dur, rouge, et c'est par lui que semble se faire l'accroissement de cette plaque.

On constate l'existence d'adénopathies axillaires et inguinales très prononcées.

Le prurit est intense, intolérable ; il empêche le sommeil, et, cependant, malgré ce prurit, on ne voit pas de véritable prurigo.

La bouche reste indemne.

On note une séborrhée du cuir chevelu.

La rate paraît un peu grosse.

L'examen du sang n'y a rien montré d'anormal.

La localisation initiale à la partie interne de la cuisse droite pendant trois ans, puis la généralisation ultérieure, font penser à une porte d'entrée de l'affection en ce point analogue à celle de la syphilis et de la tuberculose. — Nous ne trouvons pas dans ce cas un tubercule initial analogue à celui que l'un de nous a déjà signalé dans plusieurs cas de mycosis ; peut-être ce tubercule a-t-il disparu ; peut-être est-il représenté par épaississement dermique que l'on constate actuellement en ce point bien que la malade assure qu'il soit de date récente.

Dans ce cas, comme nous l'avons déjà signalé plusieurs fois, malgré le prurit et les grattages périodiques, il n'y a pas de prurigo ; on voit bien quelques légères excoriations dues au grattage, mais il n'y a pas de véritables papules prurigineuses.

Un point qui mérite aussi d'attirer l'attention, c'est le *polymorphisme* des lésions que l'on trouve chez cette malade : à côté de lésions vraiment caractéristiques, il en existe d'autres qui rappellent l'eczéma et même, par endroits, se rapprochent du lichen.

Enfin il est à noter que les *lésions végétantes se trouvent presque exclusivement au niveau des régions axillaires et inguinales*. Il semble que ces deux régions soient des lieux d'élection pour les tumeurs tendant à devenir végétantes ; car en dehors du mycosis, c'est à leur niveau que plusieurs fois nous avons vu paraître d'abord les lésions végétantes de la dermatite herpétiforme de Duhring et de la maladie de Darier. Sans doute, il y a en ces points une disposition spéciale du corps papillaire à proliférer.

Sur un cas typique de lichen scrofulosorum, sa nature, et ses relations avec l'eczéma séborrhéique.

Par MM. H. HALLOPEAU et G. BUREAU.

Le petit malade que nous avons l'honneur de présenter à la Société représente un type de lichen scrofulosorum. Si, au début, nous avons éprouvé quelques hésitations, bientôt dissipées par M. Besnier, c'est précisément parce que chez cet enfant les lésions présentaient des caractères plus accentués que dans les cas pour la plupart un peu frustes qu'on a eu jusqu'ici l'occasion de présenter à la Société de dermatologie ou de figurer dans notre musée, et aussi parce que plusieurs d'entre elles offraient une frappante ressemblance avec celles de l'acné cornée en aires.

C'est le premier fait dans lequel nous voyons, conformément à la description de Hebra, les grains pilo-sébacés être surmontés de concrétions cornées engainant les poils ; c'est aussi le premier dans lequel existent d'aussi larges placards éruptifs.

Voici résumée l'observation de cet enfant :

Charles P..., âgé de 13 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Bazin, lit n° 40, le 26 juin 1896.

Son père et sa mère sont morts tous deux phthisiques ; la mère a succombé deux mois après la naissance de l'enfant ; le père était mort cinq mois auparavant. Un frère plus âgé est bien portant.

Cet enfant a toujours eu des glandes au cou. L'éruption pour laquelle il entre à l'hôpital a débuté il y a trois ans ; la première plaque est apparue dans le dos, mais l'éruption s'est rapidement généralisée sur tout le tronc et ne s'est jamais effacée depuis.

État actuel. — Ce qui frappe à première vue, en regardant ce malade, c'est que l'on se trouve en présence d'un scrofulo-tuberculeux : Il existe en

effet une adénopathie cervicale très prononcée ; les ganglions sous-maxillaires, rétro maxillaires et pré-auriculaires sont très volumineux et forment un chapelet ganglionnaire plus accentué à gauche. Sur le côté droit du cou, existe une cicatrice consécutive à l'ouverture d'un ganglion suppuré. Au niveau des aisselles et des aines, les ganglions sont aussi très hypertrophiés et atteignent le volume d'une noisette et même d'une petite noix.

L'éruption pour laquelle on amène l'enfant à l'hôpital est surtout accentuée sur le tronc. Elle est constituée de petites papules du volume d'une forte tête d'épingle, acuminées, de couleur blanc rosé, présentant à leur sommet une petite concrétion cornée, centrée par un poil. Les petites papules, isolées par places, sont le plus souvent agminées et se réunissent pour former des plaques arrondies ou ovalaires ; elles prennent souvent la forme circinée, le centre de la plaque restant indemne tandis que la périphérie est formée par plusieurs rangées concentriques de ces petites papules.

Ces plaques présentent des dimensions extrêmement variables, notamment au niveau du dos et des lombes où elles occupent de larges surfaces à bords extrêmement irréguliers : on voit alors un grand placard érythémateux au niveau duquel tous les orifices pilo-sébacés sont saillants et présentent la petite papule mentionnée plus haut.

Au niveau de ces taches, la peau offre le type de la peau ansérine, de la chair de poule. Au toucher, on sent une surface rugueuse, chagrinée, donnant la sensation d'une râpe.

Chaque élément papuleux est centré par un poil follet. Ce follet est parfois indemne et a conservé sa longueur normale ; souvent il est cassé à 2 ou 3 millimètres de sa sortie du follicule ; parfois enfin il est cassé au niveau même de sa sortie du follicule et on ne voit plus alors qu'un point noir central, vestige de sa présence. La concrétion cornée qui se trouve au sommet de la papule engaine le follet jusqu'à une certaine hauteur ; aussi y a-t-il au niveau des plaques une légère desquamation pityriasique et par endroits l'aspect rappelle-t-il celui d'une plaque tricophytique du cuir chevelu due au microsporon Audouini.

Si, avec l'ongle ou une pince, on arrache la concrétion cornée qui surmonte la papule, on met à nu une petite surface rosée, légèrement excavée, un peu suintante, mais ne donnant pas d'écoulement sanguin.

Répartition des lésions. — On est frappé de suite de la symétrie presque absolue des lésions et de leur répartition qui rappelle celle de l'eczéma séborrhéique. En effet, sur la partie postérieure de la poitrine, les plaques sont limitées au niveau de la région pré-sternale, entre les deux seins ; en arrière, l'éruption est confluyente et forme un large placard, à bords extrêmement irréguliers, s'étendant en largeur d'une omoplate à l'autre et en hauteur du bord supérieur de l'omoplate à la partie inférieure de la région dorsale.

Au niveau de la région sacrée, se trouve un autre large placard allongé transversalement. Sur l'abdomen, les lésions sont moins étendues ; elles sont disséminées et forment des plaques arrondies ou, plus souvent, allongées transversalement ; le centre de ces plaques peut rester indemne et les

papules n'exister qu'à leur périphérie. A la partie inférieure de l'abdomen, au niveau de la racine de la verge, existe notamment une plaque de la dimension d'une pièce de 2 francs présentant très nettement cette disposition.

Sur la face externe du bras, on trouve des taches présentant le même aspect ; mais les papules y sont moins saillantes. Sur l'avant-bras gauche existent aussi quelques plaques. Rien au niveau des mains.

Les membres inférieurs sont indemnes, mais, au niveau des plis inguinaux, les lésions sont plus accentuées.

Il n'y a aucune éruption sur la face, le cou et le cuir chevelu.

Une biopsie a été pratiquée au niveau de la grande plaque dorsale.

L'examen histologique pratiqué par M. J. Laffite a donné les résultats suivants :

(La pièce a été incluse dans la paraffine, après avoir été plongée dans le liquide de Mayer, pour fixer les éléments anatomiques. Les coupes ont été colorées, les unes par la thionine, les autres par le picro-carminate d'ammoniaque.)

Les lésions les plus apparentes siègent dans le tissu conjonctif du derme. C'est une infiltration diffuse mais discrète, de cellules rondes au niveau des papilles et de la zone conjonctive sous-jacente. Ces cellules se rassemblent en plus grande abondance autour des glandes pilo-sébacées, et surtout autour du col de ces glandes.

En cet endroit, en effet, on observe un manchon épais de cellules embryonnaires toutes bien distinctes et bien colorées, sans nulle trace de cellules géantes.

Les cellules géantes paraissent être fort rares dans le fragment examiné, car, sur une trentaine de coupes, on n'a pu en apercevoir que *trois*.

Elles siègent près de la base d'une papille, loin des glandes sébacées, et se trouvaient comme posées sur un tissu conjonctif à peu près sain.

Les glandes pilo-sébacées sont plus volumineuses qu'à l'état naturel, mais on ne remarque point d'altération de leur épithélium. Dilatées au-dessus de leur col, elles s'ouvrent largement à la surface de l'épiderme.

La couche cornée épidermique est normale entre deux glandes sébacées, mais très épaissie au niveau de l'ouverture élargie de ces glandes. Elle forme en ce point, tantôt un opercule épais et plat, et tantôt comme une boule ou un bouchon corné.

En résumé, les lésions siègent dans le tissu conjonctif du derme et dans l'épiderme corné, et ces lésions rappellent celles de l'acné cornée, avec quelques rares cellules géantes.

Un fragment de la biopsie, saturé avec du bouillon, a été injecté dans le péritoine d'un cobaye ; mais le court espace de temps qui s'est écoulé depuis cette inoculation ne nous permet pas encore d'en donner le résultat.

Ce résultat sera important à connaître, car cette inoculation a été faite dans les meilleures conditions (1) et nous pourrions savoir si

(1) Depuis notre communication, nous avons eu connaissance des recherches

cette manifestation de la tuberculose est liée à une prolifération bacillaire trouvant dans les glandes cutanées de l'adolescent un milieu favorable, et à un mode de réaction tout particulier de ces organes, ou si elle est due à l'action de toxines de même origine. Nous devons dire qu'*A PRIORI* cette dernière interprétation nous paraît devoir être admise, en raison : 1° de la facilité avec laquelle disparaît cette éruption ; 2° de l'absence complète de destruction du tissu ; 3° des différences que présentent, d'après l'examen relaté ci-dessus, les altérations avec celles des tubercules bacillaires ; 4° des résultats négatifs qu'a donnés à beaucoup d'auteurs la recherche du bacille que dans un seul cas a isolé M. Jacobi ; 5° de ce fait que MM. Schweninger et Buzzi ont vu la tuberculine donner lieu à une éruption semblable : ce dernier fait a une signification décisive ; il prouve que les toxines tuberculeuses suffisent à produire cette dermatose ; ils viennent s'ajouter aux observations de l'un de nous pour permettre d'affirmer qu'elle est de nature tuberculeuse ; ils expliquent l'absence habituelle de bacilles, l'impossibilité de la transmission par l'inoculation, le défaut de destruction du tissu, le siège superficiel des lésions et la facilité avec laquelle de simples topiques les font disparaître.

Les saillies des comédons ont été aussi considérables que dans l'acné cornée ; il y a une frappante analogie entre les placards nummulaires de notre jeune malade et ceux de cette acné dans sa forme agminée.

La distribution des plaques pré-sternales et interscapulaires, leur aspect, leurs dimensions énormes, rappellent singulièrement celles de l'eczéma séborrhéique ; elles conduiraient nécessairement à enrichir d'un nouveau type la dermatose d'Unna, si nous ne savions qu'il s'agit d'une manifestation de la tuberculose. Ce fait nous paraît des plus intéressants, car il établit que des maladies de nature très différente peuvent revêtir des localisations identiques à celle de l'eczéma séborrhéique et qu'elles peuvent prendre la forme typique de ses manifestations interscapulaires ; pour qu'il en soit ainsi, il suffit qu'elles occupent les appareils pilo-sébacés ; on sera sans doute conduit de la sorte à démembrer la dermatose d'Unna et à y distinguer, par exemple, des manifestations glandulaires du psoriasis, de l'eczéma, du pityriasis rubra pilaris, du lichen scrofulosorum, etc.

semblables qu'a pratiquées M. Jadassohn et des résultats purement négatifs qu'elles lui ont donnés.

Notes sur l'ulcère de Madagascar.

Par MM. FRADET, médecin-major, et LÉGRAIN.

Une vingtaine de rapatriés de Madagascar ont été traités pour ulcères à l'hôpital militaire de Bougie. Les uns, porteurs de ces lésions depuis un ou plusieurs mois, ont été hospitalisés dès leur retour en Algérie ; les autres, au nombre de cinq, ont, après guérison complète, été atteints de récurrence. Ce sont ceux-ci, qui nous ont paru les plus intéressants, dont nous présentons les photographies à la Société.

Nous n'avons constaté cette affection que sur des indigènes africains (Arabes ou Kabyles), qui avaient servi à Madagascar comme tirailleurs ou convoyeurs.

Chez tous, — à l'exception d'un tirailleur dont l'ulcère siégeait à l'éminence thénar gauche, — c'étaient les jambes ou les pieds qui étaient atteints. L'origine de la maladie était toujours attribuée à un traumatisme, souvent léger (coup de pied, plaie contuse par une roue de voiture, écorchure, voire même piqure de moustique). Il est, du reste, à remarquer que les blessés, dans tous les ulcères analogues, accusent comme porte d'entrée une légère blessure de cause banale. Pour l'ulcère annamite, les piqures de bambous sont généralement considérées comme les coupables.

Ici l'état général était assez mauvais chez la plupart de nos malades ; quelques-uns cependant étaient bien portants et n'offraient qu'un degré peu intense d'anémie. Tous avaient eu de nombreux accès de fièvre, mais un seul était atteint de cachexie. Chez trois d'entre eux, qui semblaient le plus affaiblis, la numération des globules a donné :

3.040.000

3.072.000

3.660.000

La gravité et l'étendue de l'ulcère ne paraissent pas en rapport avec le degré d'affaiblissement de l'individu.

Cette affection, que, dans un cas de récurrence, nous avons vue naître sous nos yeux malgré les pansements antiseptiques, débute, non pas par une vésicule ou une pustule, mais par une sorte de petit bourgeon charnu, papuleux, qui semble perforer la peau, comme un néoplasme, s'ulcérant à la surface de téguments sains. Il gagne rapidement en étendue, s'élargissant circulairement d'une façon régulière, presque géométrique et formant toujours une saillie assez considérable au-dessus de la peau. Celle-ci n'est pas indurée, ne se décolle pas sur les bords ; elle paraît intacte dans le voisinage immédiat et ne présente même pas de zone anesthésique.

Les tissus environnants et sous-jacents sont peu à peu détruits

comme par un sarcome envahissant. Les os eux-mêmes peuvent se nécroser superficiellement, les tendons être disséqués. Les fragments mortifiés, les séquestres noirâtres qui en résultent apparaissent à la surface bourgeonnante de l'ulcère sans que les parties soient mises à nu. Ils ont été repoussés à travers les fongosités, et sans marquer leur passage par un trajet fistuleux au milieu du tissu de nouvelle formation, ils sont amenés à l'extérieur.

Lorsque l'ulcère est en pleine voie d'évolution, il ne creuse donc pas, il déborde au contraire. Il est formé par une masse de fongosités exubérantes, d'une mollesse presque diffluite, d'une coloration grisâtre ou rose sale. Ses bourgeons peu mamelonnés saignent beaucoup au moindre contact.

Ce n'est que lors de la tendance à la guérison qu'on voit cet ulcère surélevé, se niveler, et même se creuser pendant qu'il change d'aspect et que le tissu cicatriciel se forme.

Les douleurs spontanées ou même provoquées sont faibles. Tous les malades, même les plus gravement atteints, demandaient, sans cesse, à marcher.

L'ulcère est ordinairement unique. Le seul cas que nous ayons observé d'un deuxième sur le même malade s'était produit au voisinage du premier, peut-être par auto-infection.

Cette plaie est le siège d'une suppuration extrêmement abondante, sanieuse, d'une odeur fétide et dans laquelle se développe facilement le bacille pyocyanique.

La cicatrisation se fait avec une extrême lenteur et nous avons vu que la récurrence peut se produire après la guérison complète, et chez nos malades, en peu de temps, l'ulcère avait repris toute son étendue primitive.

La cicatrice consécutive est fortement déprimée, pigmentée ou livide. Elle est calleuse, adhérente aux tissus profonds, rétractée et comme gaufrée.

Elle se recouvre de couches cornées, dures et épaisses, qui s'exfolient successivement, laissant quelquefois au centre une petite excoriation.

Les mouvements des tendons et même des articulations peuvent être fortement gênés par ces cicatrices vicieuses.

La nutrition du membre est, du reste, troublée et des œdèmes plus ou moins étendus persistent assez longtemps.

Ces ulcères peuvent être atteints par toutes les complications des plaies ordinaires. Un de nos blessés présenta un érysipèle grave, et nous savons, d'autre part, qu'au moment du rapatriement, des cas de pourriture d'hôpital ont été constatés.

Bien que cette affection semble devoir être considérée comme d'origine microbienne, les inoculations ne nous ont donné aucun résultat positif.

Ces inoculations, faites selon toutes les règles d'asepsie en usage, avec de petits fragments de tissu sous-épidermique et sous-cutané pris au voisinage immédiat d'un ulcère en pleine voie d'accroissement, et dans la profondeur même des bourgeons de cet ulcère, ont été pratiquées sur l'un de nous (Fradet) et sur un lapin. Les scarifications faites à l'avant-bras gauche n'ont été le siège d'aucune inflammation.

Le lapin dans le péritoine duquel nous avons injecté 1 c.c. d'eau distillée contenant en suspension, gros comme un pois de tissu réduit en bouillie, n'a présenté aucune réaction, ni aucune lésion.

Ces ulcères sont très tenaces et semblent peu influencés par la médication. Il paraissent, comme d'autres lésions de la peau des pays chauds, telles que le clou de Biskra, suivre une marche presque régulière.

La saison agirait sans doute sur leur développement et leur rétrocession.

Quoi qu'il en soit, les pansements qui paraissent les plus favorables, sont les applications antiseptiques (iodoforme, solution de sublimé), alternant avec des astringents (vin aromatique, pâte formée d'un mélange de salol camphré et de sous-carbonate de fer).

Les topiques doivent être souvent modifiés, car la plaie au bout de quelque temps cesse d'être améliorée par un pansement identiquement répété.

Chez tous nos malades, les greffes dermo-épidermiques ont donné de bons résultats dès que l'aspect de l'ulcère se modifiait. Le plus grand nombre de celles que nous avons faites ont réussi, réduisant ainsi l'énorme perte de substance de ces vastes plaies.

Gangrène massive symétrique des extrémités inférieures.

Par M. E. LEGRAIN.

La photographie que je présente à la Société est un bel exemple de gangrène massive symétrique des extrémités, affection fréquente chez les indigènes de la Kabylie et qui fera de ma part l'objet d'un travail ultérieur plus complet.

L'observation est celle d'un jeune Kabyle dans les antécédents duquel il est impossible de rien découvrir de spécial : ni syphilis héréditaire, ni paludisme apparent. Il s'est présenté à l'hôpital civil de Bougie en mars dernier, porteur de la lésion représentée par la photographie jointe à cette communication, et constituant le degré ultime de la maladie de Raynaud.

Après une période douloureuse de plusieurs semaines, les pieds et le tiers inférieur des deux jambes prirent une teinte violette, puis noirâtre.

Un cercle inflammatoire apparut à l'union du tiers inférieur et du tiers moyen. L'eschare se forma à ce niveau, et la partie gangrenée des deux membres inférieurs ne fut bientôt plus retenue que par le tibia et le péroné mis à jour. L'état général n'étant pas mauvais, j'amputai, à un mois d'intervalle, les deux jambes au tiers supérieur, et aujourd'hui le malade va aussi bien que possible.

Sans entrer dans plus de détails, j'insisterai seulement sur plusieurs particularités :

1° La fréquence des gangrènes massives en Kabylie : j'en ai observé six en dix-huit mois ;

2° L'étiologie absolument obscure de ces gangrènes : le paludisme a été souvent incriminé, mais sans raison plausible ;

3° Le peu de retentissement de l'affection sur l'état général ;

4° La variabilité des lésions anatomiques des organes autres que les nerfs périphériques, qui présentent dans ce cas à peu près les lésions de névrite décrites par Pitres et Vaillard. Les os sont atteints tantôt d'ostéite condensante, tantôt d'ostéite raréfiante. Dans mon cas, les artères prises au tiers moyen de la jambe présentaient d'un côté les lésions de l'artérite oblitérante, de l'autre, des lésions de méso-périartérite.

Note sur le clou de Biskra, sa distribution géographique dans le Sahara.

Par M. E. LEGRAIN.

« Il est important de déterminer au juste toutes les localités, « grandes ou petites, où se montre cette curieuse affection, et celles « où elle ne se montre jamais. C'est par comparaison qu'on pourra « peut-être déterminer la cause de cet ulcère. »

C'est ainsi que s'exprimait Tholozan, en 1860, en parlant du bouton d'Alep, dans une lettre adressée au baron Larrey (1).

Ayant eu l'occasion d'observer un certain nombre de clous de Biskra, dans l'hiver de 1892-1893 et à l'automne de 1893, dans l'extrême sud de la province de Constantine, je crois utile de rapporter les quelques particularités que j'ai relevées au sujet de la répartition de cette affection dans le Sahara constantinois.

Le pays de Souf où j'ai observé, se trouve à 200 kilomètres au sud-est de Biskra, à 100 kilomètres à l'est de Touggourt, à 100 kilomètres à l'ouest du Djérid (Tunisie). Or, dans les oasis de Touggourt et du Djérid, le clou de Biskra existe, et se développe avec ses

(1) *Recueil de mémoires de méd. et de chir. milit.*, 1860, p. 322.

symptômes habituels (clou de Touggourt, clou d'Ouargla). *Au pays de Souf, au contraire, on ne voit que des clous d'importation.*

Voilà donc un groupe de villages peuplés de près de trente mille habitants, isolés au milieu du Sahara, exempts de clous, alors qu'au Nord, à l'Ouest, et à l'Est, dans les oasis des Zibans, de l'Oued-Rihr et du Djérid, l'affection est endémique.

Et pourtant, les relations entre l'Oued Souf et l'Oued Rihr sont fréquentes. Les clous d'importation ne sont pas rares; mais ils ne font pas souche dans les oasis du Souf. La tribu nomade des Chambas, dont les terrains de parcours sont à l'ouest de l'extrême sud Tunisien et de Ghadames, ne présente pas de clous. Les Touaregs venus en 1892 et 1893 à El Oued, et que j'ai soignés, n'en présentaient pas non plus, et cependant, les membres de ces soi-disant missions composées de faméliques déguenillés, étaient parfois de véritables musées pathologiques.

D'autre part, j'ai vu de véritables clous de Biskra sur les mains d'un nègre venant du Tchad où il les avait contractés. Le clou existerait donc de l'autre côté du Sahara.

Il y a plus : *les clous de Biskra arrivés dans la région des dunes guérissent seuls en très peu de temps.* Je présente à la Société les photographies de clous de Biskra pris sur des spahis français du détachement de relève, arrivés depuis trois semaines de Biskra avec des clous en pleine évolution. La cicatrisation se fait avec une rapidité inouïe, et il ne reste plus, au bout de ce temps, qu'une papule squameuse qui laissera après elle une macule assez persistante.

Cette guérison rapide que, dans l'hiver 1892, j'avais attribuée à mes pansements antiseptiques, est absolument spontanée, ainsi que me l'ont appris et les dires des indigènes et mon expérience personnelle en hiver 1893. Les clous dont je présente la photographie n'ont pas été traités.

A quoi sont dues ces particularités ?

Il n'y a pas de moustiques dans le Sahara sablonneux; il n'y a pas non plus de puces. Les punaises ont été introduites récemment par les lits militaires. Cela explique peut-être la difficulté de la propagation du clou.

De plus, l'humidité relative est très minime. Il arrive parfois que la proportion d'humidité est si infime que les procédés ordinaires ne suffisent pas à l'enregistrer; à Biskra au contraire, pendant les six mois d'été, l'humidité moyenne est de 30 p. 100.

Cet absence d'humidité est cause que les corps ne pourrissent pas sur le sable, mais se momifient. Elle pourrait également être cause que les ulcérations de toute nature guérissent dans cette région avec une grande rapidité

Les eaux sont aussi et parfois plus magnésiennes et plus chlorurées

que celles de l'Oued Sihr et de Biskra. Ce n'est donc pas de ce côté qu'il faut chercher pour avoir la clef des particularités que je viens de signaler.

Observation de « Myélite syphilitique aiguë précoce ».

Par M. J. BRAULT.

Le nommé B..., soldat au 1^{er} régiment étranger, né à Mutzig (pays annexé), rapatrié du Tonkin par le transport *Colombo*, est entré à l'hôpital du Dey, le 24 janvier 1896, avec le diagnostic : Fièvre paludéenne et syphilis. Ce malade a été placé dans la division des vénériens.

A bord, B... a déjà subi un traitement spécifique assez énergique, mais sans amélioration. Au moment où il nous arrive, il est dans un état lamentable, très amaigri, très fatigué ; on a dû le transporter couché sur un brancard, car il présente une paraplégie complète.

A notre examen, à la visite du lendemain, voici les quelques renseignements que nous parvenons à arracher au malade, qui parle et comprend très mal le français.

Il y a UN AN SEULEMENT qu'il a contracté un chancre induré au Tonkin, puis la roséole et quelques plaques muqueuses sont survenues. Jusque dans les derniers temps de son séjour dans notre colonie de l'Extrême-Orient, la malade n'avait rien présenté par ailleurs, bien que s'étant fort peu traité. Un peu avant son embarquement pour le retour, il avait senti une légère faiblesse dans les jambes, il se fatiguait vite et la marche était incertaine ; mais ce n'est, d'après lui, que sur le bateau-transport qu'il a vu survenir sa paralysie.

État à l'entrée. — Comme je viens de le dire, l'état général de B... est très mauvais, la paraplégie est complète ; la sensibilité sous toutes ses formes est très diminuée dans toute la hauteur du membre gauche ; il n'y a que de la paresthésie légère à la partie antérieure de la cuisse droite ; pour le reste du membre, c'est comme du côté opposé.

Le malade se plaint d'une douleur en ceinture au niveau de l'abdomen, mais il n'accuse pas de douleurs spontanées dans les membres inférieurs. Les réflexes patellaires et plantaires sont entièrement abolis ; le réflexe scrotal semble seulement diminué. Les muscles très atrophiés ne réagissent plus au courant faradique. Il n'existe pas d'autres troubles trophiques manifestes ; il n'y a pas encore de troubles viscéraux, pas d'eschares. Le tronc et les membres supérieurs sont indemnes. On ne constate aucun trouble du côté des nerfs crâniens ; les mouvements des yeux ont gardé toute leur amplitude, la pupille réagit à la lumière, à la douleur et dans l'accommodation.

Les mouvements de la face, la parole, l'intelligence sont entièrement conservés. L'examen des viscères ne fait rien découvrir d'anormal du côté du poulmon ; le foie déborde un peu les fausses côtes, la rate est également un peu augmentée de volume ; B... a d'ailleurs de temps à

autre quelques accès de fièvre intermittente, mais tout cela est bien banal pour quelqu'un qui revient du Tonkin.

Pour nous, le diagnostic s'impose; il ne s'agissait pas d'une paraplégie dysentérique, les paralysies de la fièvre intermittente, les infections nerveuses streptococciques que nous avons pu observer à diverses reprises en Algérie, ne se montrent pas de même, et présentent plutôt soit le type des névrites périphériques, soit le type des myélites à forme subaiguë de Landouzy-Dejerine, ou même le type aigu de Landry. D'ailleurs, à chacun de ses accès, B... a été soumis à un traitement énergique par le chlorhydrate de quinine, et dans ces derniers temps, il n'a jamais eu de plaie.

De plus, la phase de faiblesse, l'incertitude dans la marche, l'inhabileté rappellent bien la façon de procéder de « tâtonner » de la syphilis médullaire; la diffusion, le cantonnement aux membres inférieurs, la prédominance des phénomènes du côté du mouvement, plaident encore un peu en faveur de cette affection. L'échec du traitement suivi à bord ne prouve rien, car la syphilis médullaire aiguë précoce, en dépit des spécifiques comporte un pronostic de la plus haute gravité. Quoi qu'il en soit, voici la marche de l'affection et de la thérapeutique instituée.

En face de ce cas, pour ainsi dire désespéré, nous avons prescrit immédiatement un traitement intensif. Piqûres au calomel à cinq centigrammes, répétées tous les huit jours (1), iodure de potassium à doses progressives, jusqu'à dix grammes.

Dans les jours suivants, les troubles viscéraux apparaissent: après avoir eu un peu de diarrhée, le malade présente une constipation opiniâtre qui ne cède qu'à des lavements purgatifs répétés. La vessie se paralyse à son tour, et B... n'urine plus qu'à la sonde. Des eschares surviennent au sacrum et aux trochanters; malgré le traitement, malgré les pansements et les précautions les plus minutieuses, elles s'agrandissent rapidement, elles ont bientôt la largeur du poing.

De temps en temps, le malade a un accès de fièvre; chaque fois le chlorhydrate de quinine est administré à la dose de 1 gramme et 1 gr. 50 pendant trois jours de suite, et à une dose moindre pendant quelques jours. A part ces montées brusques, la température oscille aux alentours de la normale. Bientôt la cachexie augmente et la faiblesse devient extrême. Dans les derniers jours, il y a un peu de gêne respiratoire, la température oscille aux alentours de 39°, les sphincters sont relâchés, il y a incontinence d'urine et des matières fécales.

Le malade s'éteint dans la nuit du 11 mars, vers trois heures du matin. L'autopsie n'a pu être faite.

(1) Vis-à-vis de l'état cachectique du malade nous n'avons pas osé injecter une dose plus forte.

Traitement du « Psoriasis » par les injections mercurielles.

Par M. J. BRAULT.

L'an dernier, à pareille époque (1), j'avais l'honneur de communiquer à la Société l'observation de deux psoriasiques traités par les injections d'oxyde jaune, à l'exclusion de toute autre médication.

Chez mes deux malades, dès la troisième injection, il y avait eu desquamation et effacement très marqué des placards éruptifs. En prolongeant le traitement, j'étais même arrivé à une guérison qui paraissait être complète.

Devait-elle être durable? — A la fin de ma communication, j'émettais de forts doutes, je prévoyais la récurrence, comme avec tous les autres traitements désormais classiques, et, je ne voyais là qu'un moyen énergique, pour « blanchir » les psoriasis.

Mes prévisions étaient malheureusement justes, et, afin de dissiper toute équivoque, je tiens à donner aujourd'hui les résultats éloignés.

L'un de mes malades, le premier, le plus atteint, a récidivé au bout de cinq mois, l'autre, au bout d'un mois environ.

Ainsi que je l'indiquais dans une note, je suis passé ensuite au traitement mixte, et, chez un troisième sujet également atteint de psoriasis typique, j'ai à la fois pratiqué des injections d'oxyde jaune et donné de l'iodure de potassium.

Voici d'ailleurs le résumé de cette observation.

M..., 23 ans, garçon vigoureux, bonne santé habituelle, pas d'antécédents héréditaires, une simple blennorrhagie comme bilan vénérien.

Psoriasis typique datant d'un an, a déjà été amélioré par un traitement à l'huile de cade; récurrence assez rapide. Entré dans le service le 1^{er} juillet 1896.

Éruption généralisée, disposition, coloration, marche, prurit, rien ne manque au tableau du psoriasis vrai. Il y a surtout de grands placards recouverts de larges et épaisses squames aux genoux, aux coudes et sur les membres inférieurs.

Le malade a reçu quatre injections : une à 5 et trois à 10 centigrammes.

Les doses d'iodure prescrites n'ont pas été très fortes. Nous sommes montés de 1 à 6 gr., l'augmentation quotidienne a été de 0 gr. 50.

Maintien de la dose maxima pendant huit jours, puis descente progressive.

Le sujet nous a quitté, blanchi au bout de cinq semaines. Huit mois plus tard, récurrence. Comme on le voit, malgré l'association de l'iodure, nous n'avons pas eu plus de succès qu'avec les malades précédents.

Après avoir fait à nos syphilitiques plusieurs centaines d'injections

(1) *Bulletin*, séance du 11 juillet 1895.

Deuxième note sur un cas typique de lichen scrofulosorum.

Par MM. H. HALLOPEAU et G. BUREAU.

Le 2 juillet 1896, un fragment long de 1 centim. environ et large de 3 ou 4 millim., a été détaché de la peau du tronc, en un endroit où les lésions étaient très confluentes. M. Laffite, qui a bien voulu se charger de l'inoculation, a *longuement broyé* ce fragment dans un mortier en présence d'un peu d'eau bouillie, et le tout a été porté, à l'aide d'une seringue à injection, dans le péritoine d'un cobaye adulte (environ 3 c.c. de liquide).

Aujourd'hui, 10 novembre, 131 jours après cette inoculation, le cobaye est gros et dans un état de santé excellent. Il n'y a aucune lésion des téguments abdominaux à l'endroit de l'injection du liquide, aucune lésion ganglionnaire appréciable au toucher.

11 novembre 1896. — L'animal est tué par le chloroforme. L'autopsie ne révèle aucune lésion visible; la pulpe de la rate, examinée sur lamelles, ne présente aucune trace du bacille de Koch.

Ce résultat négatif est conforme à celui qu'ont obtenu tous les expérimentateurs, et particulièrement, dans ces derniers temps, M. Jadassohn.

Il vient confirmer la manière de voir exprimée récemment par l'un de nous au Congrès de Londres relativement à la cause prochaine de cette éruption : *tuberculeuse, elle n'est pas engendrée directement par des bacilles émigrés dans les glandes pilo-sébacées; mais bien par des toxines émancées de foyers développés dans d'autres organes, tels que des ganglions, des os ou le poumon; le lichen scrofulosorum mérite ainsi d'être rapproché des folliculites avec lesquelles il coïncide souvent.*

Deuxième note sur un mycosis fongoïde (poussées érythémateuses, cedémateuses, bulleuses et suppuratives, gangrène, endo-péricardite).

Par MM. H. HALLOPEAU et G. BUREAU.

De nombreux changements sont survenus dans l'état de la femme atteinte de mycosis fongoïde que nous avons présentée à la dernière séance de la Société.

Vers le milieu de juillet, cette malade est prise de fièvre, sa température monte à 39°,5; il survient quelques vomissements avec anorexie et céphalalgie intense. En même temps, la jambe droite se tuméfie dans toute son étendue, la peau y devient rouge, chaude et tendue; cette altération simule un érysipèle; elle en diffère, en ce qu'il n'y a pas de bourrelet marginal, et que, dès le début, la lésion atteint son apogée sans devenir envahis-

sante les jours suivants. Cet état dure cinq à six jours, puis tout rentre dans l'ordre, et même, à la suite, la grande plaque qui se trouvait à la face interne de la jambe s'affaisse et finit par disparaître complètement, laissant simplement à sa place une large macule brunâtre.

Dans les premiers jours du mois d'août, une des petites tumeurs qui se trouvent sur le côté gauche de l'abdomen, au-dessus du pli inguinal, se met à proliférer d'une façon intense ; elle augmente rapidement de volume et prend la forme d'un champignon.

État de la malade, au 1^{er} octobre. — D'une façon générale, les lésions sont devenues beaucoup plus végétantes. Elles tendent à former des tumeurs, surtout, au niveau de la nuque près des cheveux, sur le pubis, dans les aisselles, aux plis inguinaux. La petite tumeur qui s'était développée près de la commissure labiale gauche, peu de jours après l'arrivée de la malade à l'hôpital, a pris maintenant un volume considérable : elle se présente sous l'aspect d'un bourrelet rougeâtre et surélevé, de 2 centim. de large, entourant la commissure gauche et s'étendant sur les bords des lèvres jusqu'à 3 centim. de la commissure.

La tumeur située sur le côté gauche de l'abdomen est devenue énorme. Elle forme une masse arrondie ou légèrement ovalaire, mesurant 10 centim. de diamètre et saillante de 3 centim. au-dessus de la peau saine. Sa forme est celle d'un large gâteau, dont la surface aplatie est ulcérée sur toute son étendue, sauf sur le pourtour où persiste encore un léger rebord de peau saine. Cette surface ulcérée est gangrenée au centre, de couleur gris noirâtre et l'on y aperçoit des débris, des filaments de tissu sphacélé. Ce gros gâteau, limité à sa périphérie par un bourrelet qui a progressé suivant le mode indiqué par l'un de nous et Phulpin (1), est développé dans l'épaisseur même de la peau et n'envahit pas les plans profonds sur lesquels il est très facile de le faire mouvoir.

La plaque qui existait au côté interne de la jambe droite n'existe plus actuellement, mais on voit, sur la face externe de la même jambe, un large bourrelet en forme de fer à cheval surélevé, de couleur rouge violacé et au niveau duquel le derme est très épaissi.

Sur les bras persistent toujours des lésions d'aspect eczématoïde.

Depuis quelques jours, il se développe, au niveau des mains et des avant-bras, des soulèvements bulleux. Cette éruption bulleuse va en augmentant les jours suivants et, le 8 octobre, survient une poussée aiguë.

Les bulles augmentent de nombre et deviennent de plus en plus confluentes ; la température s'élève progressivement pour atteindre 40° le 10 octobre au soir. L'état général, qui jusque-là, était resté bon s'altère, la céphalalgie est intense ; la langue est sale et saburrale ; il se produit quelques légers frissons et un peu de diarrhée.

L'éruption de bulles est surtout accentuée sur les membres ; sur le tronc, les éléments sont beaucoup moins nombreux. On voit des bulles à toutes les périodes de leur évolution ; les plus petites contiennent un liquide séreux ou légèrement louche ; les plus grosses sont franchement purulentes ; cependant on aperçoit quelques grosses bulles à contenu

(1) HALLOPEAU et PHULPIN. *Soc. de dermat.*, 1893, p.489.

séro-sanguin. Cette poussée bulleuse a complètement modifié l'aspect des lésions existant précédemment. Sur les bras, on voit actuellement de larges surfaces rouges au niveau desquelles l'épiderme paraît aminci et se soulève de place en place pour donner naissance à de petites bulles purulentes. Quelques-unes de ces bulles rompues laissent des surfaces ulcérées et saignantes; d'autres, au contraire, se recouvrent d'une petite croûte jaunâtre; par endroits, notamment près des coudes, on trouve, à la périphérie des plaques, de véritables ecchymoses; au niveau des mains, dans les espaces interdigitaux, les bulles se réunissent de façon à former de vastes soulèvements épidermiques purulents qui, après leur rupture, laissent à nu de larges surfaces rouges, ulcérées, et dont le pourtour est formé par un soulèvement de l'épiderme d'aspect pemphigôïde.

Les extrémités inférieures sont actuellement à peu près indemnes; au niveau des cous-de-pied l'on aperçoit quelques bulles; les lésions sont, au contraire, intenses sur les genoux et les cuisses; elles y revêtent à peu près le même aspect que sur les bras. Sur un fond rouge, érythémateux, se développent d'innombrables soulèvements épidermiques remplis de pus et groupés sans ordre; à côté, on aperçoit des ulcérations à fond rouge consécutives à la rupture de ces bulles.

Rien à la face ni dans la bouche.

20 octobre. La poussée bulleuse aiguë semble être sur le point de se terminer; il n'existe plus que quelques soulèvements bulleux au niveau des mains et dans les espaces interdigitaux. La température, qui se maintenait aux environs de 39°, ne monte plus maintenant le soir qu'à 38°, et il y a apyrexie le matin. En dehors des mains, les lésions sont complètement sèches; elles dessinent, sur la peau saine, de grands placards, en forme de cartes de géographie, à contours extrêmement irréguliers; leurs bords sont formés par un soulèvement de l'épiderme; leur fond est d'une couleur rouge plus ou moins foncé; il semble y avoir, à leur niveau, une augmentation des plis naturels de la peau qui s'entre-croisent sous différents sens, et l'on y constate une légère desquamation furfuracée.

Ces lésions sont surtout accentuées sur les bras; sur le corps elles sont plus atténuées, bien qu'il ne reste que peu d'intervalles de peau saine.

Au niveau des membres inférieurs, il persiste encore des bulles, notamment sur les pieds où les lésions paraissent encore en pleine période d'activité; on y voit à la fois des soulèvements purulents, des croûtes et des surfaces sèches.

La grosse tumeur du côté gauche de l'abdomen présente le même volume; son centre est toujours sphacélé, son bourrelet périphérique plus rouge, plus bourgeonnant. L'aspect de cette tumeur avec sa partie centrale noire, sphacélée, rappelle un peu l'aspect d'une tomate farcie ou d'un fond d'artichaut. Avec une pince, on parvient à enlever toute la partie centrale gangrenée, et l'on voit que le centre de la tumeur est profondément excavé et formé de bourgeons que recouvre un débris grisâtre.

Durant toute la période de la poussée bulleuse aiguë, le prurit avait complètement cessé; depuis que l'état général s'améliore, il reparait aussi intense que précédemment.

Du côté du cœur, on perçoit, à l'auscultation, un rythme à trois temps

dont le maximum d'intensité paraît être à la partie moyenne du sternum et qui est dû à un bruit surajouté post-systolique, ayant les caractères d'un frottement.

Les signes stéthoscopiques n'augmentent pas lorsque l'on fait asseoir la malade. A la pointe on entend un souffle nettement systolique. On peut conclure, de ces phénomènes, à l'existence probable d'une endo-péricardite. Cette lésion du cœur est récente d'origine; elle n'existait pas lors de l'entrée de la malade à l'hôpital.

Les pieds sont le siège d'un œdème assez considérable qui remonte jusqu'à la partie moyenne des jambes.

Rien du côté des urines.

Le 25. La malade présente toujours de la fièvre le soir; une nouvelle poussée bulleuse est survenue sur les mains et au niveau des paupières, celles-ci ayant été probablement contaminées par celles-là. La tumeur de la commissure labiale est ulcérée, suintante, saignante et recouverte par places de croûtes jaunâtres.

5 novembre. Les lésions sont sèches partout; les paupières sont à peu près guéries; la tumeur labiale s'est beaucoup affaissée; la bras gauche a présenté de l'œdème pendant deux jours; actuellement la main droite est très œdématiée. Malgré la très grande amélioration, la température reste élevée tous les soirs.

Le 11. La fièvre persiste avec exaspération vespérale à 39°.5. L'éruption en plaques sèches, infiltrées et squameuses occupe actuellement la plus grande partie de la surface du corps. A la paume des mains, on voit encore quelques soulèvements bulleux, purulents, et à côté d'eux, des surfaces desquamées, limitées par un rebord où l'épiderme est décollé.

Une grand nombre de tumeurs commencent à rétrocéder; cependant quelques-unes s'ulcèrent à leur partie centrale: il en est ainsi du bourrelet de la jambe droite.

La grande masse abdominale mesure 13 centim. sur 9 et demi; ses contours sont toujours d'une remarquable netteté; le bourrelet qui les constitue se renverse sur les parties saines.

On y voit encore des points noirs, sphacelés, recouverts de détritux putrilagineux.

Parmi les phénomènes nouveaux qui se sont produits chez cette malade, nous insisterons plus particulièrement sur les *poussées érythémateuses ou œdémateuses locales*, sur la *gangrène massive de l'une des tumeurs*, sur les *éruptions bulleuses et suppuratives* qui se sont produites et sur la *complication cardiaque*. La première poussée érysipélateuse, limitée à la jambe droite, et dans laquelle la rougeur érythémateuse s'est accompagnée d'une notable tuméfaction, a provoqué une réaction fébrile intense: selon toute vraisemblance, il faut en rapprocher les œdèmes localisés qui se sont manifestés d'une manière passagère au niveau du bras gauche et de la main droite; il s'agit, sans aucun doute, de poussées mycosiques, mais les éléments infectieux paraissent n'y avoir eu qu'une durée éphémère, car ces

altérations ont disparu spontanément en peu de jours, sans laisser de traces : ici encore on peut donc invoquer avec vraisemblance l'intervention de *toxines*.

Il en est sans doute de même pour les éruptions bulleuses et suppuratives qui se sont succédé pendant plusieurs semaines chez cette femme : elles ont été remarquables par leur dissémination, par leur localisation qui s'est faite exceptionnellement sur des surfaces mycosiques, plus souvent sur des parties saines, par leur tendance à envahir symétriquement les mêmes régions, par l'altération étrange qu'elles ont momentanément donnée à la physionomie en envahissant simultanément les deux paupières supérieures qui devinrent le siège de croûtes étendues transversalement dans toute l'étendue de leur longueur et dont la tuméfaction amena l'occlusion partielle. Ces éruptions bulleuses ne sont pas exceptionnelles dans le mycosis : l'un de nous a déjà eu l'occasion d'en publier plusieurs cas ; l'un des plus remarquables est celui que nous avons eu l'honneur de présenter à la Société dans sa séance du 10 avril dernier ; dans presque tous ces faits, des poussées bulleuses se sont manifestées concurremment avec des altérations ulcéreuses des tumeurs mycosiques ; y a-t-il là une simple coïncidence ? Ou les poussées bulleuses ne sont-elles pas plutôt provoquées par la résorption de matériaux infectieux développés au niveau de ces ulcérations ? Cette dernière interprétation nous paraît la plus plausible ; il ne s'agirait pas en tout cas de produits banals de la putréfaction, car les éruptions qui se produisent sous cette influence sont primitivement pustuleuses et non bulleuses ; on peut admettre avec une grande vraisemblance qu'il s'agit de *toxines mycosiques* associées aux produits de la suppuration et de la gangrène. Pour ce qui est des suppurations secondaires des bulles, on doit, selon toute vraisemblance, les rapporter à l'intervention des microbes pyogènes dont M. Laffite a constaté la présence dans le pus de ces éléments.

Le foyer gangréneux avait chez cette malade une puissance exceptionnelle d'infection secondaire : la masse sphacélée que nous avons enlevée dépassait le volume d'une grosse noix : elle était restée pendant nombre de jours adhérente à la surface ulcérée qu'elle imprégnait de ses produits.

Cette gangrène massive a déjà été notée plusieurs fois, particulièrement par l'un de nous qui l'a rapportée à des thromboses des petits vaisseaux. On peut remarquer que, chez cette malade, l'élimination de l'énorme masse gangrénée n'a pas marqué la fin du processus nécrobiotique : actuellement encore, la partie centrale de l'ulcération est occupée par un détrit us grisâtre de nature gangréneuse et l'on voit des eschares sur le bourrelet qui constitue la zone d'accroissement.

Cette altération donne lieu à une grave altération de la santé générale, non seulement par la perte incessante de matériaux qu'elle

occasionne, mais aussi par la réaction fébrile persistante et intense qu'elle provoque; la cachexie qui en résulte peut contribuer à expliquer l'œdème actuellement persistant des membres inférieurs, mais elle n'en est pas la seule cause: nous avons constaté, en effet, les signes physiques d'une endo-péricardite; il en n'existait pas lors de notre premier examen; il s'agit donc d'une altération secondaire dont on peut rapporter l'origine à l'intoxication mycosique et gangréneuse.

Nous résumerons ainsi qu'il suit les conclusions de ce travail:

1° Il peut survenir, dans le cours du mycosis fongoiïde, des poussées aiguës caractérisées par la rougeur érysipélatoïde avec tuméfaction d'une surface limitée: elles diffèrent d'un érysipèle par l'absence du rebord périphérique ainsi que par le défaut de tendance à l'extension;

2° Des poussées exclusivement œdémateuses peuvent se produire dans les mêmes conditions;

3° On peut rapporter avec vraisemblance ces poussées, en raison de leur durée éphémère, à l'action de toxines mycosiques;

4° Il en est de même des poussées bulleuses qui surviennent dans le cours de cette maladie et sont remarquables par leur disposition symétrique ainsi que par l'absence habituelle de lésions mycosiques dans les parties qu'elles envahissent;

5° La transformation purulente du liquide de ces bulles doit être attribuée à l'intervention de banals microbes pyogènes;

6° Ces poussées bulleuses s'observent surtout dans les cas où les tumeurs s'ulcèrent;

7° Le sphacèle des tumeurs peut atteindre d'énormes proportions et devenir ainsi une source redoutable d'infection secondaire;

8° L'endocardie peut devenir le siège d'altérations secondaires sous l'influence probablement indirecte, par toxines, de l'infectieux mycosique.

Gangrène de la verge.

Par M. DU CASTEL.

Alexandre D..., ciseleur, 52 ans, entré le 4 novembre 1896 à l'hôpital Saint-Louis, salle Bichat, n° 14.

Antécédents héréditaires. — Mère morte à 32 ans, d'une maladie de poitrine (18 mois de maladie).

Père mort à 63 ans, d'une congestion cérébrale.

Un frère et une sœur morts jeunes.

Antécédents personnels. — A 17 ans, il fut soigné par M. Cazenave (salle

Napoléon) pour un « *lichen aigu généralisé* », guéri en sept semaines par bains d'amidon et tisane rafraîchissante.

A l'âge de 20 ans, le malade eut un *chancre* qui fut soigné en ville, il eut des *plaques muqueuses*, de la *roséole* (durée 6 à 7 mois).

Depuis rien du tout.

A 30 ans, il se maria, il eut 14 enfants, 9 sont morts, les sept premiers à la suite vers 3 à 4 ans, de méningite simple ou tuberculeuse ; jamais d'éruption ; puis une fille qui a maintenant 13 ans, et depuis cette enfant, deux autres sont morts et quatre sont vivants.

Début. — Depuis deux ans, le malade a des *ulcérations de jambes* qui guérissent seules par le repos et des soins de propreté.

Mais ces ulcères se répétaient constamment. Ils ont laissé des cicatrices pigmentées, surtout au pourtour et dans une certaine étendue ; formant ainsi une plaque de pigmentation, au milieu de laquelle est la partie cicatricielle.

Vers le commencement de juin dernier, la verge commença à être malade, à ce moment le malade souffrait dans l'aîne du côté gauche et dans le testicule (les ulcères des jambes étaient toujours en activité).

Le malade s'aperçoit à ce moment qu'il ne pouvait plus décalotter ; le malade affirme n'avoir pas vu d'autre femme que la sienne, qui, dit-il, n'est pas coureuse.

Vers la deuxième moitié de juillet, le malade vint à la consultation de Saint-Louis, un samedi matin ; il avait encore des ulcères aux jambes, mais il venait consulter pour les douleurs de l'aîne et de la verge.

On lui donne des pilules de protoiodure Hg., de la solution iodurée, du gargarisme au chlorate de potasse et de l'emplâtre de Vigo, pour les plaies.

Au commencement d'août, le malade partit pour l'Angleterre. Il alla consulter à Londres le Dr Clarke, Gérard Street, à ce moment le prépuce ne pouvait pas décalotter ; de plus il s'écoulait entre le prépuce et le gland du pus fétide, le Dr Clarke lui donna à prendre de l'iodure de mercure. Mais le malade n'allant pas mieux, on le fit entrer à l'hôpital de Charing Cross ; on lui enleva le prépuce au chloroforme.

Au bout de cinq jours, il sortit de l'hôpital ; à ce moment le gland était dans l'état où il est maintenant ; recouvert de pus, par endroit noirâtre et gélatineux.

Les douleurs de l'aîne gauche continuaient, et souvent l'empêchèrent de dormir ; les douleurs se calmaient quand le malade était debout.

Il revint en France, le 1^{er} novembre, parce qu'il n'allait toujours pas mieux, le mercredi 4 novembre, il vint à la consultation et entre dans notre service.

Depuis qu'il est malade, notre homme a maigri, est fatigué, il est essouffé quand il monte les escaliers.

État actuel. — Homme pâle, amaigri, teinte jaune bistre.

La verge présente au niveau du gland, une ulcération anfractueuse, recouverte d'une sécrétion purulente masquant le fond ; à la partie supérieure, il y a une surface lisse, régulière, recouverte d'une sérosité sanguinolente brouillée. La partie anfractueuse correspond au méat, qu'on ne distingue plus ; l'urine sort par le fond de l'anfractuosité.

Les bords de la partie plane sont résistants ; du côté de l'ulcération, ils sont surélevés ; du côté de la peau, il n'y a pas grande modification, pas de granulation, le bord est uni, régulier.

Du côté de la cavité anfractueuse, le bord tombe à pic dans le cratère, et se continue d'autre part sur la peau sans modification ; en un point pourtant, il y a un petit morceau charnu qui avance et surplombe l'ulcération. Enfin vers la partie inférieure, il y a une plaque unie, noirâtre, gangréneuse.

La verge présente une infiltration diffuse, dure, résistante, se terminant vers la base par une bague surélevée ; l'infiltration n'existe pas à la partie inférieure qui est souple.

Les ganglions inguinaux sont pris des deux côtés, ils sont petits et durs.

Aux jambes on constate les cicatrices des ulcères.

Hémorroïdes qui existent depuis quatre à cinq ans et saignent assez souvent ; à l'examen on voit une saillie hémorroïdale externe.

Aux bras, cicatrice déprimée, datant du moment où le malade avait ses premiers accidents syphilitiques.

Poitrine. — Quelques râles de bronchite, disséminés.

Cœur. — Battements un peu irréguliers ; pouls lent, 45 pulsations à la minute, irrégulières.

Urine. — Normale, ni albumine, ni sucre.

Le malade a fait quelques excès d'alcool.

(Observation recueillie par M. GARNIER, interne de service.)

Si j'intitule l'affection en présence de laquelle nous nous trouvons affection gangréneuse du gland, c'est qu'au moment de l'entrée du malade à l'hôpital, il y avait près du bord gauche de l'ulcération une petite plaque gangréneuse aujourd'hui détachée. A première vue, en apercevant cette lésion si profondément destructive et à évolution relativement lente, je m'étais demandé si nous étions en présence d'un épithéliome ou d'une lésion inflammatoire ulcéreuse. J'ai abandonné la première opinion : les bords ont sur une grande étendue une régularité de forme, une absence de grains épithéliaux qui me semble exclure cette hypothèse ; la surface de l'ulcération n'a pas cet aspect irrégulier, bourgeonnant, saignant qui appartient aux ulcérations épithéliomateuses. Il ne s'agit pas de gommes syphilitiques. Notre malade ne s'est jamais connu de syphilis ; ce n'est pas une raison absolue de rejeter l'hypothèse de gommes puisqu'il existe des syphilis ignorées ; mais c'est tout au moins une présomption. La lésion commence par une ulcération superficielle comme on peut le voir à la partie supérieure, processus qui ne rappelle en rien le processus de la gomme syphilitique.

Faut-il admettre l'existence de chancres simples au début de la maladie ? Je ferai remarquer qu'autour de l'ulcération principale on

ne rencontre pas d'ulcérations plus petites comme le fait s'observe ordinairement en cas de chancres simples. Je n'ai pas fait d'inoculation expérimentale pour éclairer le diagnostic ; j'avoue que je n'aime pas cette méthode de diagnostic en cas d'affection gangréneuse : je crains d'inoculer au malade des substances toxiques dont je ne connais pas la nature, dont j'ignore et je redoute les effets. La recherche du bacille de Ducrey pourrait peut-être nous donner quelque renseignement : mais l'absence de ce bacille ne voudrait rien dire, car la gangrène fait (on le sait depuis longtemps) perdre au chancre simple sa virulence et probablement aussi son bacille caractéristique.

Je ne parle pas de l'affection furonculaire de notre collègue Mauriac ; elle débute dans le sillon balano-préputial ; ici celui-ci est intact.

Tout ce que je puis dire, c'est que nous sommes ici en présence d'une affection gangréneuse et qu'il nous est impossible d'en établir le point de départ.

Ecthyma térébrant de la verge.

Par J. DARIER et M. CHAILLOUX.

Le nommé Jules L..., âgé de 20 ans, fumiste, entre salle Devergie, le 13 octobre 1896, pour des lésions ulcéreuses de la verge.

Le prépuce est tuméfié, rouge, un peu douloureux ; lorsqu'on le rétracte, ce qui ne se fait pas sans un peu de difficulté, on découvre sur le gland, sous le pus qui s'écoule et dont on le débarrasse par un lavage, une série de lésions ulcéreuses situées pour la plupart à la face supérieure près de la base. L'une d'entre elles entame la couronne et déborde même sur le sillon balano-préputial ; une autre, assez creuse également, se voit à gauche du frein. Enfin sur le fourreau de la verge, à la face inférieure nous apercevons une macule rouge, ovalaire, et une érosion de même forme, à bords très nettement dessinés, mais très superficielle et entamant à peine l'épiderme.

Les lésions, au nombre total d'une dizaine, sont donc les unes des érosions, les autres des ulcérations véritables ; leur forme est ou ronde ou plus souvent ovale, à grand diamètre variant entre cinq et dix millimètres environ. Toutes ont une couleur d'un gris verdâtre qu'elles doivent au pus qui recouvre leur surface ; leurs bords, nettement dessinés et nullement sinueux, sont en pente douce, taillés comme à l'évidoir, sauf pour deux d'entre elles (celle qui entame la couronne et celle qui avoisine le frein) dont les bords sont à pic, et dont le fond est plus creux. Un mince liseré rouge les entoure. Celles qui sont superficielles se laissent déterger et présentent alors une surface lisse et rouge. Dans l'intervalle des lésions la muqueuse est un peu congestionnée ; la base des érosions présente une

induration légère, diffuse, ordémateuse. Il y a quelques douleurs spontanées que la pression exaspère.

Dans les deux aines existent des ganglions volumineux, durs, peu douloureux; dans l'aine gauche l'un d'eux, plus gros que les autres, a les dimensions d'une forte amande.

De quelle nature étaient ces lésions? Leur aspect objectif ne suggérant pas d'emblée un diagnostic satisfaisant, il fallait peser le pour et le contre des diverses hypothèses que l'on peut faire en présence d'érosions et d'ulcérations de cette région, et interroger avec soin les antécédents du malade.

Bien que ce jeune homme soit de constitution plutôt faible il est bien portant et ne présente aucun antécédent héréditaire digne d'être noté.

Jamais il n'a eu de lésions semblables, ni de poussées d'herpès, ni de chancres mous. Il n'a pas eu la syphilis, ou tout au moins on n'en trouve aucune trace sur lui et l'interrogatoire ne révèle rien qui puisse être considéré comme spécifique. Il ne présente aucun stigmate de syphilis héréditaire, nulle trace de tuberculose.

Dans les bourses on découvre des deux côtés des noyaux durs, siégeant, à droite, à la tête et à la queue de l'épididyme, à gauche, à la queue de l'épididyme seulement; ils font corps avec l'organe et sont indolents; les canaux déferents sont de consistance normale et sans irrégularité au palper; la prostate n'est ni douloureuse, ni volumineuse, ni bosselée. Quoiqu'un de nos maîtres, qui a examiné le malade, nous ait suggéré qu'il pouvait s'agir de nodules tuberculeux, il nous paraît que les renseignements fournis par le malade peuvent faire admettre une autre interprétation; il y a deux ans, au cours d'une blennorrhagie qui a duré plusieurs mois, il aurait eu une orchite droite survenue sans cause occasionnelle et peu après une orchite gauche à la suite d'un coup de pied.

Quant aux lésions actuelles de la verge et du gland, leur début remonte à quinze jours; elles se sont produites à peu près simultanément et auraient apparu sous forme de taches rouges qui sont ulcérées à leur centre et ont grandi après. S'il y a eu contagion, la date ne peut en être déterminée en raison du manque absolu de fixité que notre malade apporte dans ses relations génitales.

En somme, rien ne ressemblait moins à de l'herpès que ces grandes érosions ovalaires, purulentes, ulcéreuses pour quelques-unes et datant de quinze jours. Contre l'hypothèse de chancres indurés multiples, plaidaient la suppuration abondante, la douleur, le caractère diffus de l'induration; il était extrêmement peu probable qu'on eut affaire à des syphylides secondaires; les chancres simples sont par essence nécessairement ulcéreux, ont des bords à pic, un fond tourmenté dès que leur dimension est un peu notable — quelques-unes de ces érosions du gland et du fourreau ne pouvaient pas être des chancres mous. Nous portons donc le diagnostic de lésions pyodermiques dues à une infection banale, d'ecthyma ou impétigo du gland en d'autres termes.

Le malade ayant été laissé en observation avec de simples soins de propreté, on constate deux jours après, le 15 octobre, que les lésions ne se sont pas étendues ni multipliées mais qu'elles ont manifestement gagné

en profondeur; en raison de ce caractère térébrant leur apparence se rapproche maintenant à un haut degré de celui de chancres simples. Une inoculation faite au bras gauche avec le pus du fond d'une ulcération donne cependant un résultat négatif.

Pendant quelques jours encore les lésions semblent vouloir prendre une marche térébrante; deux nouvelles inoculations pratiquées le 20 octobre restent absolument sans résultat.

Il n'a malheureusement pas été fait d'examen bactériologique et de cultures mais l'évolution ultérieure est venue démontrer clairement, croyons-nous, qu'aucun des virus spécifiques, ni celui de la syphilis, ni le bacille du chancre mou, ni, comme on l'a supposé, le bacille de Koch, n'étaient ici en jeu. En effet à partir du 20 octobre, sous l'influence de simples pansements à la poudre d'iodoforme, les ulcérations ont commencé à se déterger, leur fond a bourgeonné, les érosions se sont recouvertes d'épiderme avec une rapidité surprenante. Le malade a quitté le service le 4 novembre, avant que la cicatrisation fut absolument complète, mais alors qu'elle était tout à fait imminente.

En résumé, cette observation montre qu'on peut observer à la verge et sur le gland des érosions suppuratives, susceptibles de prendre au plus haut degré l'aspect des chancres simples, mais qui ne sont pas auto-inoculables, qui guérissent très facilement avec un pansement simple et qui sont selon toute apparence des lésions de pyococcie ou en d'autres termes des impétigos ou ecthymas térébrants à localisation anormale.

M. DU CASTEL. — La question du chancre simple malgré les nombreux travaux élaborés à ce sujet, demeure une des plus obscures.

Lorsque M. Darier m'a présenté son malade, il y a quelques jours, les caractères étaient si nettement ceux du chancre simple qu'on *devrait* porter le diagnostic de chancres simples, et cela sans discussion. Or les inoculations n'ont pas été positives.

Je crois qu'un jour viendra, où l'on sera amené à diviser ce que nous connaissons comme chancre simple, en plusieurs variétés.

M. Darier fait de cette lésion de l'ecthyma parce que l'inoculation n'a rien donné, mais alors on peut se demander si l'opération n'a pas été entachée de quelque erreur, car on aurait pu obtenir au moins une inoculation d'ecthyma, l'ecthyma étant inoculable si l'on s'en rapporte aux anciennes expériences de Vidal.

M. DARIER. — Les travaux de M. Ducrey et de M. Unna ont établi nettement que le chancre simple reconnaissait pour cause un microbe spécial spécifique. Il ne semble donc pas que cette affection puisse être démembrée. D'autre part, lorsqu'on inocule le pus d'un chancre simple au moment de sa pleine activité, lorsqu'il se creuse, l'opération réussit toujours. Cela eut été le cas chez notre malade, s'il s'était agi de chancre simple. De ce que l'inoculation n'a été suivie d'aucune lésion, il ne s'en suit pas que l'on doive rejeter le diagnostic d'ecthyma car l'inoculation de

l'ecthyma manque souvent. Chez notre homme, toutes les lésions étaient à peu près contemporaines et ne s'étaient pas auto-inoculées spontanément après les premiers jours.

M. WICKHAM. — L'expérience de l'inoculation du pus de l'ecthyma est souvent en défaut. J'ai essayé il y a quelques années et toujours sans succès de reproduire les expériences de mon regretté maître Vidal. Sur moi-même j'ai tenté l'inoculation par divers procédés et avec insistance mais sans obtenir de résultats.

Gangrène spontanée de la verge.

Par M. A. FOURNIER.

Il y a quelques jours entrant dans mon service un malade âgé d'une quarantaine d'années qui souffrait d'une affection de la verge dont le début remontait à quarante-huit heures environ.

Une ulcération à bords taillés à pic, à fond irrégulier, à contours sinueux, recouverte d'une nappe de pus, avait en partie détruit l'extrémité du prépuce en formant un véritable anneau qui entourait le gland.

A première vue il semblait s'agir d'un chancre mou ou encore d'une gomme phagédénique. Mais contre la première hypothèse il y avait la rapidité d'évolution, l'absence de rapports génitaux depuis quatre mois et surtout, comme il le fut démontré dans la suite, l'inoculation négative.

Restait la possibilité d'une gomme. En examinant avec soin la lésion, on ne lui trouvait pas les caractères d'induration qui sont de règle en pareil cas. Un interrogatoire fait avec soin ne donnait aucun indice de syphilis antérieure.

Ce que me raconta le malade me mit sur la voie du diagnostic d'une lésion qui, pour ne pas être fréquente, demande cependant à être connue.

Le malade racontait ceci : depuis plusieurs jours il avait des boutons, des sortes de petits clous ; deux ou trois nuits avant le début de l'ulcération de la verge il s'était fortement gratté différentes régions de la peau et le prépuce.

C'est alors que sa verge s'était mise à grossir et à gonfler d'une façon démesurée, et, vingt-quatre heures après, se formait sur le prépuce près du gland une large tache noire, qui le surlendemain avait disparu, était tombée, comme dit le malade, en laissant à sa place une large ulcération.

Ce que le malade raconte est typique et c'est la description nette

de l'affection à laquelle j'ai donné le nom de *gangrène spontanée des organes génitaux*.

Quelle est la nature de cette lésion, quelle en est la cause ?

L'examen bactériologique a été fait par M. Sabouraud ; il a révélé un streptocoque, dont l'étude n'est pas encore achevée. C'est donc une gangrène microbienne. Et il est à supposer, dans le cas de mon malade, qu'en se grattant, il a dû transporter des folliculites des membres sur le prépuce, l'agent qui a déterminé cette gangrène foudroyante dont il est actuellement presque complètement guéri.

(Voir observation au procès-verbal de la prochaine séance.)

Acanthosis nigricans

Par MM. TENNESON et LEREDDE

Le malade que je présente à la Société est âgé de 42 ans. C'est un homme robuste. En 1893, il a commencé à maigrir, sans cause appréciable. Au mois de mai dernier, on lui a fait remarquer que son cou était noir.

Aujourd'hui, il présente :

1° Une pigmentation bronzée universelle, qui devient noire au cou, aux aisselles, aux organes génitaux, à l'anus.

2° Une papillomatose universelle, mais prédominante dans les mêmes régions que la pigmentation. Sur les mains, les papillomes ne se distinguent en rien des verrues vulgaires.

3° Un prurit assez intense, avec lésions de grattage. Ce prurit n'est pas dû à une complication, à de la phthiriasse, comme on pourrait le croire au premier abord.

4° Papillomatose de la muqueuse buccale.

5° Amaigrissement. Diminution notable de la force musculaire. Anorexie. Dyspepsie. Induration dans la région du lobe gauche du foie.

En raison des faits antérieurs, il est extrêmement probable que cette induration est due à un épithéliome. Un lien existe assurément entre l'épithéliome abdominal, la papillomatose universelle et la pigmentation. Mais quel est ce lien ? On l'ignore. Et je ne crois pas que l'on puisse avancer aujourd'hui une hypothèse vraisemblable sur la pathogénie de l'*acanthosis nigricans*.

Quant au nom, nous l'avons adopté parce que c'est le plus ancien. Mais nous ne lui donnons pas sa signification étymologique ; il ne s'agit pas d'une lésion de la couche épineuse.

(Observation par M. LEREDDE.)

Arsène P..., 42 ans, blanchisseur, entre le 21 octobre 1896, salle Caze-nove, n° 3, service de M. Tenneson.

Les *antécédents personnels* n'offrent aucun intérêt. Bronchites répétées dans l'enfance, qui ont disparu à l'âge de 15 ans. Oreillons au régiment. A 28 ans le malade a été atteint de variole qui n'a pas laissé de traces. Jamais il n'a eu d'affection cutanée. Pas de syphilis.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 72 ans de cause inconnue. Mère morte à la suite de couches. Femme bien portante. Deux enfants nés d'une première femme sont morts, l'un à un mois, l'autre à six mois. Deux enfants vivants en bonne santé.

A la fin du mois de mai 1896, un ami du malade lui fit remarquer qu'il avait le cou noir ; à cette époque également P... remarqua la couleur foncée des mains. Déjà la peau au niveau du cou lui paraissait épaissie, mais il n'existait pas de papillomes saillants, tels que ceux qui existent actuellement.

Le malade fut examiné à la consultation de Saint-Louis en août ; à cette époque l'état des lésions cutanées était à peu près le même qu'aujourd'hui. Même, il existait sur le cou des papillomes plus volumineux qu'à l'heure actuelle : un médecin les enleva au mois d'août.

Le prurit qui accompagne la maladie et qui s'est accru depuis le début a été perçu par le malade en même temps que la pigmentation cervicale.

Les troubles gastriques ont débuté en juin ou juillet.

Le malade, qui pesait 174 livres en 1893, a maigri depuis, mais beaucoup plus depuis quelques mois ; en ce moment, il pèse 68 kilos. La force musculaire a beaucoup diminué. Cependant l'apparence extérieure est encore satisfaisante, il n'y aucun signe de cachexie.

Étude des lésions cutanées. — Les lésions de la peau, dans les régions où elles acquièrent leur plus grande intensité, c'est-à-dire au cou, dans les fosses axillaires, au niveau de la verge, du scrotum et de la rainure interfessière sont définies par trois caractères.

Le plus évident est la *pigmentation* disposée d'une manière absolument symétrique. Le malade présente une légère teinte bronzée, diffuse, nette surtout au niveau de la face. Mais sur toute la longueur du cou, dans les creux axillaires, au niveau du mamelon et de l'aréole, dans la cavité ombilicale, sur la verge, le scrotum et dans la rainure interfessière, la pigmentation est excessive, véritablement noirâtre. La peau au niveau des plis de flexion du coude est très foncée déjà, dans les plis inguinaux, elle est noirâtre à la partie interne, et se dégrade peu à peu vers l'épine iliaque.

Cette pigmentation est assez bien limitée : elle cesse assez rapidement, faisant place à la teinte bronzée diffuse de la peau.

Les autres altérations cutanées sont surtout prononcées dans les régions pigmentées.

Au niveau du cou, par exemple, la peau paraît épaissie ; cet épaississement reste modéré, et ne s'accompagne d'aucune induration, la consistance du tégument reste normale. L'hypertrophie cutanée s'accompagne d'une exagération de tous les plis normaux ; on constate d'abord de longs sillons, généralement parallèles les uns aux autres ; aussi on en trouve plusieurs à la base du cou indiquant d'une manière permanente les plis que peut produire la flexion latérale de cette région sur l'épaule. Des sillons plus

profonds, plus serrés, parallèles les uns aux autres s'observent au fond de l'aisselle, ils sont séparés par des crêtes cutanées saillantes qui, lorsque le bras est rapproché du corps, sont au contact les unes des autres comme les feuillets d'un livre.

Au cou, au scrotum, en particulier, la peau est en outre décomposée en petits départements par des plis profonds, d'un demi-millimètre, se coupant les uns les autres, dessinant un quadrillé irrégulier, il sont très étroits à la surface même de la peau de telle sorte que pour bien les voir il faut étendre celle-ci entre deux doigts. La surface des petits départements cutanés isolés les uns des autres est généralement plane.

Mais à la loupe sur le cou, et d'une façon générale sur toutes les régions pigmentées, on constate un *état chagriné* des plus remarquables qui devient beaucoup plus apparent dans d'autres régions, en particulier sur la face dorsale des mains. A la loupe, on voit de petites saillies quelquefois creusées d'une cavité centrale, arrondies, voisines les unes des autres.

Toutes ces lésions (exagération des plis cutanés de tout ordre, saillie de la peau entre eux, état chagriné de la face), peuvent être résumées sous le terme : *papillomatose diffuse*, qui correspond assez exactement aux lésions relevées par l'étude microscopique.

Enfin, et c'est là le dernier élément essentiel des altérations de la peau sur les régions atteintes de papillomatose diffuse et surtout sur celles qui sont le plus pigmentées, dans des régions mêmes où l'état papillomateux et la pigmentation sont à leur minimum (face antérieure et supérieure des cuisses) se développent des papillomes isolés, saillants, exubérants. Ils sont de toutes les dimensions, jusqu'à celle d'une lentille; les plus petits sont caractérisés au cou par une saillie hémisphérique de la surface cutanée comprise entre des plis profonds, et on voit ainsi que les papillomes isolés ne sont qu'une exagération locale de l'état papillomateux diffus. Plus gros, ils sont formés de végétations filiformes, serrées, groupées les uns auprès des autres, libres à leur extrémité. Sur les mains, à la face dorsale on constate des papillomes hémisphériques, ni la forme, ni la consistance, ni quelque caractère que ce soit ne permettent de les distinguer des verrues vulgaires.

Etudions maintenant les régions cutanées les unes après les autres.

Face. — La coloration bronzée a frappé le malade dont la peau était autrefois claire.

Les rides sont accusées particulièrement au niveau du front et des paupières. L'épaississement de la peau paraît modéré, mais le malade l'a remarqué lui-même au niveau de la paupière supérieure.

Les papillomes isolés sont peu nombreux, de petit volume, on en trouve une vingtaine seulement sur le front, les joues; il n'en existe pas sur les paupières : au menton, sur la face antérieure et dans les sillons labiaux l'état papillomateux diffus devient très apparent, et, sur la surface altérée, on voit quelques petites saillies qui dépassent le niveau général.

Les oreilles sont épaisses, mais cet état est physiologique, au dire du malade; il est facile d'y constater l'état grenu de la peau. L'orifice du conduit auditif est en grande partie obstrué par des végétations papillomateuses exubérantes.

La peau du cuir chevelu est un peu grasse; on trouve trois ou quatre papillomes du volume d'un haricot. Les cheveux sont sains.

Cou. — Nous avons signalé toutes les lésions qu'on y rencontre, nulle part elles ne sont plus complètes, plus intenses; il faut seulement insister sur le nombre considérable de papillomes isolés, formés par l'exagération des flots en état de papillomatose diffuse qui nulle part elle-même n'est plus accusée.

Tronc. — On remarque, surtout dans le dos, des traces de grattage dus au prurit qui tourmente le malade. La peau est d'une coloration jaunâtre, peu accentuée. Les mamelons qui étaient autrefois flasques, déclare le malade, sont aujourd'hui en état d'érection permanente, résistant au doigt, leur couleur et celle de l'aréole est devenue noirâtre; l'aréole offre en outre un épaissement cutané qui se révèle par la formation des plis et la saillie des régions qu'ils séparent.

L'infundibulum ombilical est pigmenté: quand on déplisse la peau qu'il tapisse, on constate l'état papillomateux diffus sans végétations exubérantes.

Il n'existe pas, comme cela a été signalé dans d'autres observations, de ceinture pigmentaire péri-abdominale.

Organes génitaux. Anus. — La verge, le scrotum et la rainure interfessière sont d'une coloration noire. Sur la verge même on constate l'exagération de tous les plis, l'état chagriné et quelques papillomes; les plus petits, du volume d'une tête d'épingle, se voient à la face supérieure; les plus gros sur le raphé se continuent avec les papillomes volumineux du scrotum.

La peau du scrotum présente au plus haut degré tous les caractères de l'affection cutanée: exagération des plis de tout ordre, état chagriné, pigmentation excessive. Des papillomes larges à surface aplatie dans son ensemble mais formés de petites végétations cohérentes se voient surtout autour de la verge.

Le raphé périnéal jusqu'au coccyx, toute la fosse anale offrent exactement les mêmes lésions, les papillomes sont nombreux, aplatis comme ceux du scrotum.

Membres supérieurs. — Nous avons décrit la pigmentation, la formation de plis profonds, parallèles et de crêtes intermédiaires dans les aisselles. Sur la surface de ces crêtes on trouve quelques papillomes plus saillants, mais les plus volumineux, les plus saillants, se trouvent à la limite de la région, là où la peau reprend ses caractères normaux, le bord externe du grand pectoral et la région thoracique latérale voisine de la face interne du bras: ces papillomes sont encore formés de petites végétations minces séparables les unes des autres.

Au pli du coude, la pigmentation est peu marquée. Les sillons, peu profonds, se disposent parallèlement dans le sens de la flexion; la papillomatose diffuse est peu manifeste et on ne voit que trois ou quatre papillomes saillants.

La face postérieure du coude offre une coloration bronzée évidente.

Aux mains, l'exagération des plis est évidente sur la face dorsale et devient très nette au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes et

phalango-phalanginiennes. A leur niveau également la pigmentation devient noirâtre et la papillomatose diffuse se traduit par un état hyperkératosique, des saillies séparées les unes des autres, une sécheresse excessive.

L'état chagriné de la peau est très marqué sur la face dorsale des doigts au niveau des phalanges et des phalangettes et il n'est pas nécessaire de se servir de loupe pour les voir.

Nous avons signalé les papillomes identiques à des verrues vulgaires que l'on trouve à la face dorsale des mains.

A la paume, l'épaississement épidermique est diffus et des plus manifestes, les sillons principaux sont profonds, mais les sillons de moindre importance effacés, et à la loupe on constate avec la plus grande netteté ce qu'on voit déjà à l'œil nu, l'exagération de toutes les crêtes interpapillaires et les sillons qui les séparent.

Ongles sains.

Membres inférieurs. — Pigmentation des régions inguinales, s'effaçant dans leur zone externe.

A la face postérieure des cuisses on constate, sans pigmentation, quelques petits papillomes. Ils deviennent excessivement nombreux à la face antérieure du triangle de Scarpa, isolés des uns des autres, tous formés de végétations filiformes cohérentes.

Au creux poplité, pigmentation légère, papillomes assez nombreux.

Les lésions de la face plantaire des pieds sont identiques à celles de la face palmaire des mains. A la face dorsale du pied gauche, *une verrue*. Sur la face dorsale des orteils la peau devient plissée, lâche, légèrement chagrinée.

Prurit. — Il existe un prurit constant, plus marqué le soir, n'empêchant pas le sommeil. Ce prurit s'accompagne au niveau du dos et des lombes de lésions de grattage qui, à l'entrée du malade, avaient fait penser à la phtiriase.

Muqueuse buccale. — La surface dorsale de la langue paraît normale, presque lisse, à première vue, mais lorsqu'on la fait sortir de la bouche, et qu'on l'étale entre les doigts, on constate un nombre infini de sillons excessivement profonds. C'est là aussi accentué qu'ailleurs, état que nous désignons sous le nom de papillomatose diffuse. La face antérieure de l'organe est saine.

Toute la surface muqueuse des joues, des lèvres, est plissée, la muqueuse semble trop large pour la surface qu'elle revêt, l'aspect est exactement celui du scrotum normal.

Les gencives, la région antérieure du palais et la zone médiane de la région postérieure offrent un aspect velouté.

Le pharynx et le voile du palais sont normaux.

Etat viscéral. — Au niveau du lobe gauche du foie, descendant jusqu'à deux ou trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic, on constate, nettement indépendante de la paroi, *une masse indurée résistante* ayant en surface la dimension de la paume de la main, faisant corps avec le foie. Le lobe droit de cet organe n'est pas hypertrophié. Il est impossible de déterminer objectivement si cette masse fait partie du foie ou du péritoine juxta-hépatique.

Il existe des troubles gastriques depuis quatre mois environ. Sensation de faim perpétuelle, mais le malade est de suite rassasié et somme toute mange peu. Dégoût de la viande très prononcé. Crampes d'estomac la nuit. Ni renvois ni vomissements.

Pas d'adénopathie sus-claviculaire gauche.

Examen du sang. — Globules rouges 5.000.000

Globules blancs 12.500

Urine. — Ni albumine, ni sucre.

M. DARIER. — Le lien étroit que M. Tenneson rappelle et qui existe entre la carcinomatose et l'acanthosis nigricans est évident et tout à fait remarquable. Dans les treize cas réunis dans la thèse de M. Couillaud, sur l'acanthosis nigricans, la carcinomatose a été signalée chaque fois.

Dans aucune de ces observations on n'a rencontré le prurit; le prurit pourrait être expliqué dans le cas actuel par le fait du siège au foie de la dégénérescence carcinomateuse.

Les quatre grands signes de diagnostic de l'acanthosis sont: 1° la dystrophie papillaire; 2° la pigmentation; 3° l'absence de desquamation; 4° la dystrophie unguéale et pileaire.

M. HALLOPEAU. — La présence constante de verrues chez ces malades est remarquable; les bacilles récemment décrits dans les verrues devraient être recherchés dans les autres éléments cutanés; peut-être l'acanthosis n'est-elle due qu'à une augmentation de la virulence de ces parasites.

M. BROcq. — Le malade n'a-t-il pas pris de l'arsenic? Il y a, en effet, certains caractères des lésions qui rappellent les altérations arsenicales.

M. TENNESON. — Mon malade n'a pas pris d'arsenic.

M. DARIER. — Il y a, en effet, des altérations kératodermiques qui ressemblent à ce que peut produire l'arsenic. Pourtant la localisation est différente dans l'acanthosis et les plis de la peau sont plus exagérés.

M. LEREDDE. — Il cause chez ce malade un état chagriné de la peau des mains qui a été signalé dans la plupart des observations. Quand on étudie à la loupe la surface de la peau sous les régions pigmentées en général on constate le même état chagriné. Il y aurait lieu de chercher chez d'autres malades en dehors des points où il est visible à l'œil nu.

Dans les régions mêmes où la peau paraît absolument saine, on constate à la loupe des altérations (exagération de plis, saillie des régions intermédiaires). L'acanthosis me paraît une lésion diffuse de la peau devenant apparente dans certaines régions. Du reste, j'ai fait une biopsie au niveau de la partie moyenne de l'avant-bras, et l'examen histologique viendra confirmer ou démentir cette hypothèse.

M. JACQUET. — J'ai eu l'occasion d'observer un cas d'acanthosis nigricans chez un jeune sujet de 18 ans, chez lequel il m'a été impossible de déceler le moindre trouble digestif abdominal. Les lésions cutanées étaient très nettement celles de l'acanthosis.

M. TENNESON. — Il y a un lien certain indiscutable entre le carcinome abdominal et l'acanthosis, ce lien on l'ignore et la pathogénie de l'acanthosis nous échappe complètement ; mais le fait existe.

M. BROCCQ. — J'ai observé chez une malade de 38 ans, une pigmentation et un début de papillomatose aux aines, aux aisselles, sans pouvoir trouver la moindre cause. Il existait seulement un peu de dilatation de l'estomac. Au bout de quelques mois, ne voyant aucune modification en bien se produire, j'avais voulu envoyer la malade se faire traiter à la maison de santé de M. Unna quand assez rapidement les lésions disparurent. Il ne s'agissait pas réellement d'acanthosis nigricans, mais de lésions bien voisines et pourtant il n'existait aucune altération carcinomateuse abdominale.

Mélanodermie. Maladie d'Addison ou acanthosis nigricans.

Par M. DU CASTEL

Au moment où l'on essaie de distraire de la maladie d'Addison le type acanthosis nigricans de Politzer et d'établir que les types de pigmentation cutanée peuvent différer suivant la nature et le siège des lésions auxquelles les cachexies pigmentaires se rattachent, le malade que je vous présente me paraît digne d'intérêt particulier. En dehors du degré de la pigmentation si accusée à la partie inférieure de l'abdomen, aux aines, au scrotum, à la partie supérieure et interne des cuisses, il présente une tendance marquée aux productions lichénoides. La lichénisation si développée des cuisses pourrait, si elle existait seule, être peut-être rapportée au grattage, car notre malade est très prurigineux ; mais le lichen si accusé de la partie interne des joues doit, je crois, faire admettre qu'il existe chez X... une tendance naturelle des plus accusées à la production du lichen vrai.

Le développement des ganglions inguinaux et axillaires ne me semble pas la conséquence exclusive et secondaire des irritations cutanées ; l'existence de ganglions hypertrophiés dans la fosse iliaque droite montre qu'il faut rechercher plus loin la cause des tuméfactions ganglionnaires et celle-ci doit résider dans une intoxication générale.

J'ai recherché s'il était possible de trouver dans une lésion des capsules surrénales ou dans une affection de l'estomac le point de départ des pigmentations cutanées. Le malade n'a présenté à aucun moment les douleurs lombaires qui accompagnent fréquemment les dégénérescences tuberculeuses des capsules surrénales. La palpation de l'abdomen ne permet de percevoir l'existence d'un néoplasme dans cette cavité. Il n'existe pas dans la région susclaviculaire ce ganglion hypertrophié que M. Troisier nous a appris à connaître

comme le compagnon fréquent des néoplasies stomacales, s'il existe un carcinome stomacal, il est encore latent.

Le fait capital est la diarrhée incoercible dont notre malade est atteint; celle-ci serait-elle due à une altération profonde de l'intestin? Est-ce une simple diarrhée addisonnienne? Quelle est la nature de la douleur que le malade ressent spontanément à gauche de l'ombilic dans la cavité abdominale et que la palpation éveille dans la même région? Est-ce l'indice d'une altération importante de l'intestin? J'avoue n'avoir pu en déterminer la cause d'une manière précise?

Actuellement je reste encore dans le doute entre ces trois hypothèses : sommes-nous en présence d'une dégénérescence tuberculeuse des capsules surrénales ou d'une forme latente de néoplasie stomacale? Une affection de l'intestin peut-elle comme une affection de l'estomac donner naissance à une hyperpigmentation de la peau? Une maladie des capsules surrénales peut-elle donner lieu à une mélanodermie s'accompagnant d'un processus de lichénisation aussi accentué que celui que nous observons chez notre malade? J'ai cru devoir vous présenter X... pour connaître l'opinion de mes collègues sur cette question? Si l'avenir me donne occasion d'éclaircir cette question, comme l'état de cachexie de notre malade peut le faire craindre, je serai heureux de communiquer à la Société les renseignements que l'avenir aura pu me fournir.

François-Emile L..., 58 ans, entré à l'hôpital Saint-Louis, salle Bichat, n° 25.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 47 ans, d'une inflammation d'intestins ayant duré 6 mois (?).

Mère morte à 69 ans, en 8 jours, de suite d'une chute (?).

Notre malade est le plus jeune de 8 enfants; un seul est mort à l'âge de 69 ans, les autres sont vivants et bien portants.

Antécédents personnels. — Pas de maladie dans l'enfance.

Le malade a été soldat pendant 14 ans; il est resté 3 ans en Algérie dans la province de Constantine; il n'eut pas de fièvres, ni de diarrhée; il dit n'avoir pas fait d'excès d'alcool. Il fit la guerre de 1870, et, fait prisonnier à Metz, il resta 8 mois en Allemagne, à Augsburg d'abord où il eut une laryngite qui dura 3 semaines; puis en Silésie.

De retour en France, le malade fut garçon de magasin à Paris, d'abord dans les équipements militaires, puis dans le commerce de rouennerie; il avait un métier dur, traînant surtout des voitures à bras.

Il se maria à l'âge de 65 ans, sa femme eut une carie osseuse de la main et du coude; elle tousse maintenant depuis quelque temps. Il eut trois enfants dont deux sont morts de convulsion dans la première année et dont un est vivant, bien portant et soldat à Epinal pour le moment.

En 1883, à 45 ans, il commença à perdre ses forces, à maigrir et à tousser.

En 1884, il entra à Tenon pour une *angine diphthérique* qui nécessita la

trachéotomie. Etant en convalescence de son angine et encore à l'hôpital, il eut une attaque de *rhumatisme articulaire aigu* ; toutes les grandes articulations furent prises, il eut une fièvre élevée (40°), des transpirations abondantes ; à ce moment on reconnut l'existence d'une lésion cardiaque.

Il sortit de l'hôpital, guéri, au bout de 3 mois.

Il entra alors comme infirmier dans les hôpitaux, et fut garçon de consultation de M. Panas, à l'Hôtel-Dieu, pendant 6 ans.

En 1889, il eut une forte *hémoptysie*, sang rouge, et resta 7 semaines au lit à l'hôtel-Dieu. Depuis il a presque toujours toussé.

En 1892, il eut une attaque de choléra et fut soigné à l'Hôtel-Dieu, chez M. Bucquoy, et fut malade pendant 6 à 7 semaines.

Puis il fut garçon de salle à Laennec, et enfin garçon de cuisine à Aubervilliers.

Début de la maladie. — Au mois de mars 1890, le malade commença à souffrir de *démangeaisons* aux jambes et aux cuisses, puis sur le ventre, la peau s'épaissit, devint sèche et dure. En juillet 1895, il vint consulter à Saint-Louis, et le 17 juillet il entre dans le service.

A ce moment, la peau était déjà foncée et l'on porta le diagnostic de lichen et de maladie bronzée.

Il resta dans la salle jusqu'au 11 juillet de cette année, époque où il alla à Vincennes ; mais deux jours après sa sortie de Vincennes il revint dans le service le 29 juillet.

Depuis qu'il est dans le service, la peau s'est foncée de plus en plus, la diarrhée le prit et dure encore, avec des arrêts qui ne dépassent jamais 8 jours.

Enfin depuis 6 à 7 mois les poils sont tombés.

Au moment où il partit pour Vincennes, il allait mieux, mangeait bien. Il revint parce qu'il était trop fatigué pour pouvoir travailler.

Néanmoins, pendant le mois d'août, l'état général n'était pas mauvais, le malade se levait, mais il avait toujours sa diarrhée, ses démangeaisons et sa toux.

Le 25 août au soir, le malade fut pris d'étouffements, de douleurs de côté et cracha quelques filets de sang ; on lui fit des piqûres d'éther et on lui mit des ventouses. Le lendemain, le point de côté avait disparu, le malade allait mieux ; il prit une purgation d'eau-de-vie allemande. Il resta fatigué les jours suivants.

Le 3 septembre, il eut une nouvelle crise d'étouffement, avec douleurs des 2 côtés au niveau des hypochondres ; l'interne de garde lui fit une saignée, une injection de sérum de Hayem, et on lui mit des ventouses. Peu à peu il se remit, et recommença à se lever dans la salle, mais il était beaucoup plus fatigué qu'au mois d'août.

Le 2 on commença le traitement par les capsules surrénales qui fut continué jusque vers le 20 septembre ; mais à ce moment le malade fut pris de vomissements qui revenaient tous les jours après le déjeuner, et on cessa le traitement ; il avait pris d'abord une capsule surrénale de bœuf, puis deux à partir du 5 septembre.

Son poids pendant son séjour dans la salle a subi des variations intéressantes : le 18 mai il pesait 66 kilos, le 7 septembre il ne pesait plus que

59 k. 200 ; le 14, 90 kilog., mais le 28 septembre il était descendu à 54 k. 500. Le 12 octobre, il pesait 58 k. 200, et enfin le 26 octobre 60 kilog.

Examen du malade. — C'est un homme amaigri, son teint est jaunâtre ; sa figure est surtout remarquable par la rareté des poils de la moustache et de la barbe, les cheveux sont aussi tombés, alopecie presque complète au sommet de la tête, moins marquée sur les parties latérales et postérieures.

Le corps présente une pigmentation très marquée ; elle est surtout accentuée au niveau de la partie inférieure de l'abdomen, des parties génitales et des plis inguinaux ; à cet endroit elle est d'un beau noir très foncé, elle diminue vers la partie supérieure du corps, mais augmente de nouveau aux aisselles, au cou, et surtout à la nuque. Dans le dos elle est moins intense, on y remarque des petites taches blanchâtres, comme cicatricielles tranchant sur la coloration de la peau. Les bras et les jambes sont colorés, surtout au niveau des plis. Les poils de la région pubienne et ceux des aisselles sont tombés.

En dehors de la pigmentation, la peau présente une autre altération ; elle est sèche sur toute son étendue, mais en certains endroits, sur le ventre, les hanches, les bras, à la face externe, les cuisses, elle présente un quadrillage marqué, une lichénification très prononcée.

Au niveau des hanches, il y a une fine desquamation adhérente qui s'amende par le grattage ; de plus, sur les plis, la peau est soulevée en petites papules planes, à facettes brillantes.

Cette lésion est encore plus marquée à la face interne des cuisses ; du côté droit on voit un placard allongé, où la peau est notablement épaissie, les plis très exagérés, avec quelques excoriations superficielles ; le placard de lichénification a des limites diffuses ; il se prolonge par des traînées de papules brunâtres allant dans divers sens.

Sur la cuisse gauche, il n'y a que des lésions diffuses. Au jarret, ces lésions de lichénification sont plus avancées. Ces points, cuisses, jarrets, hanches, sont ceux où les démangeaisons sont les plus marquées. A la paume des mains et surtout à la face palmaire des doigts, on trouve une hypertrophie papillaire très accusée. Toutes ces lésions présentent du reste, par moment, des atténuations et des exagérations dont il est impossible de découvrir la cause.

La muqueuse buccale est aussi altérée, elle présente une coloration jaunâtre, qui est plus marquée au niveau de la face interne des lèvres et sur le voile du palais.

A la face interne des joues, surtout à droite, on trouve une infiltration de la muqueuse, avec quadrillages ; sur les bords de cette plaque on voit quelques papules de lichen plus nets. Pas de production exagérée de verrues sur le corps.

En dehors de ces lésions, on trouve une hypertrophie des ganglions lymphatiques ; dans l'aîne et les aisselles surtout, ils sont volumineux, dessinant des saillies visibles sur la peau, roulant sous le doigt, donnant une sensation ferme, mais non dure.

Les ganglions claviculaires, cervicaux, sont aussi augmentés de volume.

Le foie paraît normal ; la rate est sensible à la percussion.

Les battements du cœur sont réguliers ; à la base on trouve un léger souffle au premier temps du côté du sternum vers le 2^e espace ; mais plus bas, à gauche du sternum et au niveau du 5^e espace intercostal, on trouve au 2^e temps un souffle humé et doux.

Les poumons présentent à l'auscultation quelques râles de bronchite disséminés ; le malade tousse enfin davantage depuis quelques jours.

L'expiration est un peu soufflante à droite sous la clavicule, quelquefois saccadée à gauche.

Crachats muqueux, sans caractère.

Les urines sont normales, et ne contiennent ni albumine, ni sucre, ni pigments biliaires.

Enfin, aux symptômes subjectifs, le malade se plaint de souffrir de douleurs au niveau de l'épigastre, douleurs en barres s'exagérant par la respiration.

Dans ces derniers jours, le malade est un peu plus fatigué ; son poids est de nouveau diminué, il est maintenant de 59 k. 200.

(Observation recueillie par M. GARNIER, interne de service.)

M. DARIER. — Je pense que le malade présenté par M. Du Castel doit être versé dans le groupe des cas d'acanthosis nigricans. Un examen minutieux montre en effet l'exagération des plis de la peau ainsi que les végétations papillaires.

Cette observation démontre qu'il y a parenté entre la maladie d'Addison et l'acanthosis nigricans.

Bien que le lien soit étroit entre l'acanthosis et la dégénérescence carcinomateuse, je ne crois pas qu'il s'agisse d'une auto-intoxication produite par le carcinome ; je pense plutôt qu'il s'agit d'une localisation de hasard du carcinome irritant telle ou telle région du grand sympathique abdominal. Cela expliquerait comment des cas d'acanthosis, comme dans l'observation de M. Jacquet, peuvent se présenter sans cancer ; on conçoit en effet qu'une tumeur bénigne ou un tératome puissent léser le même territoire nerveux. De même, à ce propos, l'observation actuelle de M. Du Castel est instructive. J'ai eu l'occasion d'autopsier un cas d'acanthosis dans lequel les capsules surrénales paraissaient saines, mais où j'ai pu trouver des ganglions cancéreux au voisinage du grand sympathique.

M. JACQUET. — J'ai une grande tendance à accepter cette explication fournie par M. Darier, d'une action sur le nerf sympathique.

Le jeune malade dont je viens de parler avait des malformations congénitales, il pouvait donc avoir tout aussi bien des lésions de même ordre agissant sur le grand sympathique.

**Pemphigus et maladie de Dühring avec troubles nerveux
et arthropathies.**

Par MM. E. GAUCHER et P. GASTOU.

Il nous a paru intéressant d'attirer l'attention de la Société sur ces deux malades du service de M. le professeur Fournier.

La première vous a déjà été présentée par M. Wickham dans la séance de novembre 1893 ; la seconde est depuis quelques semaines à Saint-Louis.

Voici leur histoire clinique :

Obs. I. — L..., âgée de 63 ans, cuisinière, entrée dans le service de M. le professeur Fournier, salle Henri IV, 31, le 12 août 1893 ; n'en a jamais quitté depuis.

Le début de la maladie remonte à 1892. Pour la malade, la cause de son état est dans la violence des chagrins de famille qui ont précédé de quelques semaines les phénomènes dont voici la succession.

Vers le milieu de 1892, alors que la malade était dans un état moral de dépression considérable, survinrent sans raison apparente des sensations de frissonnement généralisé, suivies de transpirations abondantes et d'un état de malaise que la malade ne peut caractériser autrement que par une lassitude, un manque de forces, portant surtout sur les jambes.

Pendant une dizaine de mois, ce sont là tous les symptômes. Puis surviennent des démangeaisons intenses, localisées d'abord aux jambes, aux bras et se généralisant ensuite au tronc et à l'abdomen.

En insistant auprès de la malade pour bien connaître l'évolution et le mode d'apparition des différents symptômes qu'elle a présentés, elle répond très catégoriquement que la démangeaison a précédé de quelques semaines l'éruption.

Cette éruption fut d'emblée bulleuse, et l'a toujours été depuis. Elle a commencé par la face interne des bras ; les faces interne et antérieure des jambes, des cuisses, l'abdomen et la poitrine ont successivement été envahis. Le dos est resté à peu près indemne.

Les bulles ont eu des dimensions différentes : tantôt elles affectaient à peine les dimensions d'une lentille, tantôt elles avaient le volume d'un œuf de pigeon, elles ont même, par places, et à certaines périodes, été de volume plus considérable encore.

La maladie, depuis 1893 jusqu'à aujourd'hui, procède par poussées bulleuses successives de la façon suivante :

1° Prurit intense, agacement, irritabilité, agitation, durant vingt-quatre à quarante-huit heures.

2° Éruption de bulles, à siège variable, à dimensions inégales, contenant un liquide citrin. Ces bulles subissent les transformations suivantes :

a) Elles deviennent purulentes, s'ouvrent, il se forme une croûte qui tombe et laisse à sa suite une surface circulaire rougeâtre.

b) Elles sont rompues par les grattages ou par une évolution spontanée, le contenu se vide, et il reste à leur suite une surface rouge, lisse, humide, qui se dessèche à la façon d'un vésicatoire et laissent à leur suite une pigmentation brunâtre ;

c) Elles deviennent hémorrhagiques, se vident, et la surface qu'elles laissent est également rouge, lisse, humide, mais souvent entourée d'un cercle d'un rouge vif, hémorrhagique, qui donne à l'ensemble de la surface l'apparence qui résulte de l'élimination d'une eschare.

La durée totale du cycle éruptif est de cinq à huit jours, au maximum ; tout rentre alors dans l'ordre, jusqu'à nouvelle poussée.

C'est ainsi que depuis trois ans, malgré les traitements les plus variés, continue la maladie.

Il s'est produit des pigmentations consécutives à l'ouverture des bulles, mais on ne peut pas dire qu'il y ait eu sur la peau d'autres phénomènes qu'un polymorphisme éruptif, dû à l'évolution des poussées bulleuses successives, c'est-à-dire des plaques érythémateuses, des bulles, des pustules, des croûtes et des taches pigmentaires.

Ce sont là des phénomènes essentiels, mais il en est d'autres à côté non moins importants. C'est d'abord : 1° la diminution de la sécrétion sudorale ; 2° la chute des poils et des ongles ; 3° l'œdème des jambes qui accompagne les poussées éruptives.

La chute des poils et des ongles a eu lieu deux ans environ après le début de l'éruption bulleuse. Les ongles devenaient durs, striés, lamelleux et cassants, puis ils sont tombés. Cette chute des ongles s'est accompagnée d'ulcérations dentaires, de caries multiples. Seuls les cheveux sont relativement respectés.

Mais ce qui frappe dès qu'on examine la malade, c'est l'aspect des mains et des pieds, qui rappelle ce que l'on voit dans le rhumatisme chronique déformant.

Les mains sont atrophiées en masse, il n'y a plus d'ongles aux doigts, la peau est lisse, tendue. Les doigts sont dans l'extension sur le carpe, les phalanges au contraire légèrement fléchies les unes sur les autres. L'ensemble des doigts est déjeté vers le bord cubital. Il existe une raideur généralisée des doigts qui permet encore quelques mouvements. Même état des pieds, même aspect de la peau, même atrophie en masse avec déformation en varus équin. Ankylose des deux genoux dans la flexion qui empêche de constater l'existence des réflexes rotuliens. La sensibilité dans ses différents modes : à la piqure, au froid, à la chaleur, est conservée. Les pupilles réagissent bien. La malade qui avait eu au début, et surtout lorsqu'elle était baignée, plusieurs crises diarrhéiques, est dans un état de santé parfaite, mangeant bien, dormant de même et gaie malgré que depuis trois ans elle n'ait pas bougé de son lit.

Le cœur, les viscères abdominaux, les organes des sens sont normaux. Seul le poumon gauche présente à sa base le phénomène d'auscultation que l'on a désigné sous le nom de « froissement arthritique ».

Il y a eu à certains moments quelques légères poussées fébriles coïn-

cidant soit avec la diarrhée, soit avec la purulence des éléments éruptifs, mais cela n'a été ni régulier, ni constant. Son poids a peu varié.

Sans que nous puissions donner d'analyses d'urine régulière, voici cependant, et comparativement, l'état des urines à deux époques éloignées de sa maladie : analyses faites avec soin par le D^r Cathelineau :

	9 NOVEMBRE 1893	4 NOVEMBRE 1896
Volume des 24 heures...	580 c.c.	1330 c.c.
Réaction.....	très acide	légèrement acide
Densité.....	1020	1019
Urée.....	20	25,51
Acide urique.....	0,39	0,4655
Chlorures.....	6,98	9,57
Acide phosphorique.....	0,44	1,90
Mucine.....	0	0
Albumine.....	0	0
Sucre.....	0	0
Pigments biliaires.....		traces
Indican.....	0	0
Peptones.....	0	0

Les chiffres mentionnés ci-dessus étant rapportés au litre d'urine, une nouvelle analyse a été faite le 6 novembre, qui montre combien variables peuvent être les résultats de l'analyse d'un jour à l'autre. Cette analyse a donné à M. Cathelineau les résultats suivants :

6 NOVEMBRE 1896.	
Volume.....	730 c.c.
Réaction.....	neutre
Densité.....	1021
Urée.....	15 gr. 60
Acide urique.....	0,6935
Chlorure de Na.....	9,461
Acide phosphorique.....	1,165
Mucine.....	néant
Albumine.....	—
Sucre.....	—

Il n'y a donc pas eu chez notre malade, de troubles bien manifestes de la sécrétion urinaire, puisque la composition de ses urines diffère peu d'une urine normale.

On ne trouve pas davantage chez elle dans ses antécédents héréditaires ou personnels, de cause à sa maladie.

Son père est mort à 94 ans, sa mère à 80 ans; ils ont eu 10 enfants, dont il reste encore 9, tous bien portants.

La malade a eu la gourme vers 3 ans, réglée à 16 ans, elle aurait souffert vers cette époque, de douleurs dans les bras et les jambes qui l'ont

rendue impotente, sans l'obliger à s'aliter, pendant un mois. A 25 ans, fièvre typhoïde qui dure six semaines, sans complications.

Mariée à 19 ans, elle a eu 2 enfants : une fille morte, dit-elle, d'anémie; un fils vivant et bien portant. Elle n'a jamais eu de maladies nerveuses et n'en connaît pas dans sa famille.

L'histoire de notre seconde malade est moins compliquée, car elle est plus récente.

Obs. II. — S..., ménagère, âgée de 68 ans, entrée le 10 octobre, salle Henri IV, lit n° 14.

Elle est venue dans le service pour une maladie de peau qui date de deux mois.

Actuellement elle présente sur les membres une éruption bulleuse accompagnée d'un prurit violent.

Cette éruption est localisée aux avant-bras, aux mains, à la jambe, au dos du pied, au niveau des genoux. Elle a eu des éléments bulleux aux faces plantaires; actuellement la plante des pieds est recouverte d'une couche épidermique épaissie, comme macérée. Le tronc et l'abdomen sont jusqu'à présent intacts.

L'éruption est constituée par des bulles uniquement. Bulles qui sont de dimensions différentes et procèdent par poussées successives. Le contenu de quelques-unes est trouble, mais pas nettement purulent; il a une odeur fétide.

Les jambes sont œdématisées, et sur la jambe droite est une cicatrice entourée d'une zone pigmentée. Les ongles des pieds sont noirs, durs, striés. L'un d'eux est tombé, ceux des mains sont normaux.

La malade souffre d'un prurit constant, exacerbant, continu et violent, au niveau des parties où siège l'éruption. Les différents modes de sensibilité sont normaux. Les réflexes également (réflexe patellaire et pupillaire).

Tous les organes sont sains. L'analyse des urines faites par M. Petit, pharmacien du service, a donné les résultats suivants :

10 NOVEMBRE 1896.

Volume en 24 heures.....	600
Réaction.....	acide
Densité.....	1016
Urée.....	12,10
Acide urique.....	0,35
Chlorure de sodium.....	6,20
Acide phosphorique.....	1,66
Albumine.....	0
Sucre.....	0
Peptones.....	0

D'après cette analyse, l'urée seule présente une diminution, mais la malade mange peu.

Si l'état actuel ne donne que peu de renseignements sur l'origine de la

dermatose dont souffre la malade, son histoire antérieure est intéressante. Elle n'a aucun antécédent utile à noter.

Elle n'a eu aucune maladie dans l'enfance. Régée à 15 ans, elle s'est mariée à 24 ans. Elle a eu trois grossesses : ses deux premiers enfants sont morts, le premier à 10 mois en nourrice, le second à 15 jours, d'affection indéterminée, le troisième vit.

Sa troisième grossesse a été suivie d'une scarlatine qui s'est compliquée d'albuminurie avec anasarque généralisée, ayant duré trois mois. Pendant longtemps elle a conservé de l'œdème des jambes qui a progressivement disparu. Cette maladie est survenue à l'âge de 42 ans.

Jusqu'à il y a quatre ans elle reste bien portante, lorsque survient une hémiplegie gauche, dont il n'est rien resté de constatable actuellement.

Voici ce qu'elle raconte au sujet de son hémiplegie : à la suite d'une vive frayeur ressentie dans la journée, elle se couche et se réveille brusquement avec une sensation de lourdeur inaccoutumée dans le membre gauche. Elle se lève, descend de son lit, tombe sans perdre connaissance et s'aperçoit que tout son côté gauche est paralysé. Elle prétend que dans la suite il serait survenu de la contracture et qu'au bout de huit mois l'hémiplegie était guérie, sauf un peu de faiblesse dans tout le côté gauche.

La maladie actuelle aurait débuté il y a trois mois environ par un œdème des deux jambes qui a nécessité le repos au lit. Puis seraient survenue un mois après une éruption bulleuse de la plante des pieds. A la même époque s'est manifestée la démangeaison, accompagnée d'une sensation de brûlure, de cuisson cutanée des plus intenses. La malade ne se rappelle pas si l'éruption a précédé ou non le prurit : ce qu'elle affirme, c'est le début par les bulles plantaires et l'extension en quinze jours aux jambes, aux mains et aux bras.

Elle n'a pas eu d'autres malaises, n'a pas fait d'autres applications externes que de l'eau de guimauve et pavot, et n'a pris aucun médicament à l'intérieur.

Nous avons mis en parallèle ces deux malades à cause de l'analogie des phénomènes éruptifs que l'on constate chez elles.

Le D^r Wickham, qui avait déjà présenté devant la Société, la première de ces malades en 1893, insistait sur ce fait qu'il n'existait pas chez elle, les « signes cardinaux de la maladie de Duhring », et notait surtout l'absence de polymorphisme éruptif.

La malade au point de vue éruptif est restée telle que vous l'a montrée M. Wickham, mais depuis, avec la chronicité de la maladie, le prurit, et la conservation d'un bon état général, le tableau clinique s'est complété.

La seconde malade est dans l'état où était la première à son entrée dans le service ; elle n'a que des bulles et pas de polymorphisme éruptif.

Chez l'une et l'autre l'examen du sang et du contenu des bulles a été fait. Chez la première, MM. Leredde et Perrin ont constaté dans

les coupes de peau, prélevée par biopsie, une abondance de cellules éosinophiles que démontre l'examen du sang et du liquide des bulles (33 éosinophiles pour 100 globules blancs).

Chez la seconde nous avons trouvé dans le sang une proportion de 27 éosinophiles pour 100 et dans le liquide des bulles la plupart des leucocytes étaient chargés de granulations acidophiles.

Quoique chez l'une et l'autre malade l'éruption ait la forme du pemphigus, le diagnostic de maladie de Dühring s'impose si le signe de MM. Leredde et Perrin a une valeur pathognomonique.

En présentant ces malades, nous avons voulu attirer l'attention sur quelques phénomènes qui semblent montrer que le système nerveux joue un rôle considérable dans l'origine et l'évolution de la maladie de Dühring.

Sans compter le prurit constant, continu et violent quelquefois, qui est au début et dans le cours de cette dermatose et s'accompagne de sensations de brûlures et de cuisson de la peau, prurit qui constitue un véritable trouble nerveux, il est d'autres manifestations dont l'origine ne peut guère être attribuée à d'autres causes qu'à une lésion nerveuse.

Chez notre première malade il existe des arthropathies des extrémités, simulant le rhumatisme déformant, que ni le séjour prolongé au lit, ni l'altération cutanée consécutive aux bulles ne peuvent expliquer.

Chez la seconde, l'hémiplégie qui a précédé la dermatose, semble déjà un des phénomènes précurseurs des manifestations prurigineuses intenses qui vont marquer le début de la maladie.

Chez l'une et l'autre la présence de l'œdème des membres survenant sans cause cardiaque, rénale ou circulatoire, est une preuve qu'il existe dans la maladie de Dühring une lésion nerveuse, cause de la maladie, qui, si elle n'a pas été démontrée jusqu'à présent, est tout au moins probable sinon certaine.

M. LEREDDE. — L'examen du sang et du liquide des vésicules a-t-il été fait ?

M. GASTOU. — Oui. Les cellules éosinophiles y ont été trouvées et existent en grande quantité.

Origine myélopathique des pemphigus

Par M. GASTOU

A l'occasion de la présentation que j'ai faite au nom de M. Gaucher et au mien, devant la Société, des deux malades atteintes de maladie de Dühring avec troubles nerveux, je me permettrai d'ajouter quelques réflexions personnelles qui me sont suggérées par la comparaison faite entre les signes cliniques qu'ont présentés ces deux malades et les lésions que j'ai trouvées à l'autopsie de deux maladies de Dühring, lésions dont j'ai déjà entretenu la Société, dans sa séance annuelle de l'année 1895.

J'avais fait remarquer alors que chez les deux malades en question il existait des adhérences des méninges spinales, une vascularisation intense et de la friabilité de la moelle, sans que cependant à l'œil nu on ait pu nettement caractériser ces lésions.

S'agissait-il dans ces cas de simples coïncidences ? Je ne le crois pas. Dans son mémoire si complet sur la maladie de Dühring, M. Brocq rappelle que des lésions médullaires ont été déjà constatées. Si elles le sont peu souvent, c'est que d'une part, les malades atteints de maladie de Dühring survivent longtemps, et que, d'autre part, la recherche des lésions médullaires ou névritiques n'a pas été faite d'une façon systématique, jusqu'à présent, dans toutes les autopsies.

Mais si la constatation des lésions médullaires n'est pas fréquente dans la maladie de Dühring, elle l'est davantage dans d'autres affections du groupe des pemphigus.

M. Kaposi, parlant, au cinquième congrès allemand en 1895, de l'état actuel de la question du pemphigus, disait : « qu'il n'y a pas un matériel suffisant pour pouvoir s'exprimer avec certitude sur la nature nerveuse des pemphigus, et, qu'on ne peut affirmer que les lésions de la moelle soient cause des pemphigus ». — Cette absence de matériel tient, je crois, surtout à ce fait que ce sont les névrologistes et non les dermatologistes qui ont le plus souvent l'occasion de constater ces lésions.

Si, comme le dit M. Kaposi, on ne peut affirmer l'origine myélopathique des pemphigus, on peut tout au moins faire un rapprochement entre les malades atteints d'affections nerveuses et ayant présenté des bulles, et les malades atteints de pemphigus avec manifestations nerveuses.

Et alors il est logique de supposer que si les bulles peuvent

coïncider avec des lésions médullaires, les lésions médullaires peuvent provoquer l'apparition des bulles et être la cause des pemphigus.

Or, comme la maladie de Dühring rentre dans le groupe des pemphigus, il s'agirait de démontrer que dans cette maladie il existe des lésions médullaires.

Or, on en a déjà trouvé, leur existence est donc possible, sinon certaine! Reste à savoir si elles sont cause ou effet de la maladie?

L'occasion m'est offerte aujourd'hui, de dire à la Société ce que j'ai pu constater, histologiquement, sur une des moelles dont j'ai parlé l'année dernière.

Je fus très étonné en examinant des coupes de cette moelle, de trouver des lésions auxquelles je ne m'attendais guère; j'en résumerai l'exposé, me réservant d'y revenir longuement, dans un travail que nous préparons en collaboration avec mon ami Leredde.

Sur les coupes examinées, existait autour du canal de l'épendyme, lequel était légèrement dilaté, une infiltration embryomaire très marquée. Les vaisseaux du voisinage, dans la substance grise de la commissure postérieure, dans la région des colonnes de Clarke, dans la partie intérieure de la corne antérieure, et dans le col de la corne postérieure, étaient doublés d'un véritable anneau formé par la même infiltration. Dans tous ces points se voyaient de petites dilatactions lacunaires, formant de petites cavités vides ou comblées, et rappelant de très loin, il est vrai, les cavités syringomyéliques ou les altérations de la myélite cavitaire.

La comparaison entre les lésions microscopiques que j'avais sous les yeux, et celles qui caractérisent la syringomyélie, me vint à l'esprit aussitôt, et me fit rechercher si cliniquement la maladie de Dühring et la syringomyélie avaient quelques ressemblables symptomatiques.

L'une a comme caractères essentiels : l'éruption bulleuse, le prurit intense ; l'autre a pour symptômes principaux : la dissociation syringomyélique, anesthésie avec analgésie et conservation de la sensibilité tactile, et les atrophies musculaires.

Jusqu'ici rien de commun, mais au delà combien de ressemblances. Dans l'une et l'autre : les troubles vaso-moteurs (œdème, sensations de chaleur à la peau, troubles sudoraux) ; les arthropathies, les troubles trophiques de la peau, glossy-skin, fissures et crevasses, altération des ongles, bulles, éruptions pemphigoides, etc., etc. Dans l'une et l'autre également : la longue évolution, la chronicité et la conservation d'un état général longtemps satisfaisant.

Si j'ai fait ce parallèle clinique, c'est qu'anatomiquement l'apparence et le siège analogues des lésions m'a frappé. Je ne veux rien

conclure, je signale seulement le fait pour attirer des recherches nouvelles.

Si ces lésions étaient retrouvées dans d'autres autopsies de maladies de Dühring, on pourrait avoir de cette maladie la conception suivante.

Sous l'influence d'une infection d'un trouble névropathique se produirait une myélite à lésion et siège analogues à ceux de la syringomyélie, c'est-à-dire une myélite péri-épendymaire centrale, à forme cavitaire ou mieux lacunaire, se manifestant cliniquement par le syndrome de la maladie de Dühring : prurit, bulles, troubles trophiques, chronicité.

Ce n'est là qu'une hypothèse, je m'empresse de le dire.

Si cette lésion médullaire existe comme cause de la maladie de Dühring, et non comme conséquence, ainsi que le démontre l'évolution clinique et la constatation du signe de Leredde et Perrin ; sous quelles influences se développe-t-elle ?

L'étiologie reste aussi vague pour la maladie de Dühring que pour la syringomyélie. Les causes prédisposantes sont toutes celles que l'on trouve à l'origine des maladies du système nerveux et des myélites : hérédité névropathique, surmenage, excès, intoxications, secousses morales violentes, etc., etc. S'ajoutant à ces prédispositions, une cause occasionnelle infectieuse amènerait le développement de la maladie. Cette infection, admise par Leredde et prouvée par la présence des éosinophiles, expliquerait que l'on puisse trouver à la fois la lésion nerveuse et l'altération rénale si souvent associées.

Il m'a semblé intéressant de développer devant la Société ces quelques réflexions suggérées par des examens histologiques ; réflexions qu'il ne faut considérer que comme une simple interprétation de lésions, qui, si elles sont de nouveau constatées, rapprocheraient la maladie de Dühring de la syringomyélie.

Éruption ano-vulvaire peut-être de nature syphilitique chez un enfant porteur de malformations multiples.

Par M. DU CASTEL.

L'enfant, que je présente à la Société, est née le 9 mai de cette année; elle présentait à la naissance une hydrocéphalie assez marquée, un spina-bifida et un double pied bot; malgré l'hydrocéphalie, l'accouchement se fit naturellement et fut seulement un peu long. Très chétive à sa naissance, on crut que l'enfant ne vivrait pas; mais elle ne présentait à cette époque aucune éruption cutanée. Envoyée en nourrice à la campagne chez sa grand'mère, elle eut, il y a trois mois, un prolapsus du rectum qui persista pendant deux mois. Mais ce n'est seulement que depuis six semaines qu'ont débuté les lésions fessières pour lesquelles on est venu me consulter. Ces lésions occupent le pourtour de l'anus, les fesses et s'étendent jusqu'à la vulve. Elles sont formées par un soulèvement de la peau qui est violacée; à la périphérie on distingue des papules isolées; ces papules sont aplaties, de dimensions variables, allant depuis celle d'une lentille jusqu'à celle d'une pièce de cinquante centimes; quelques-unes sont ombiliquées et le centre est légèrement ulcéré; ces papules sont dures au toucher, dureté presque cartilagineuse par endroits.

Il faut remarquer que ces lésions occupent le pourtour de l'anus, et les plis qui l'entourent; mais elles laissent indemnes le pli fessier, le pli génito-crural, et occupent au contraire la saillie des fesses; de même on voit une papule sur la face interne et le bord de la grande lèvre droite sans qu'il y en ait dans le pli.

S'agit-il dans ce cas d'une éruption syphilitique ou de ces syphiloïdes décrites par MM. Sevestre et Jacquet.

En faveur de cette dernière hypothèse, il y a ce fait que les plis sont indemnes, sauf pourtant au pourtour de l'anus; de plus, la localisation à la région fessière chez un enfant qui, par le fait des autres lésions laisse constamment écouler ses urines et ses matières fécales, enfin l'intégralité des autres points du corps, en particulier de la paume des mains, de la plante des pieds, de la muqueuse buccale. Au contraire, en faveur de la syphilis, il y a intensité de ces lésions, l'infiltration profonde et l'induration des papules, leur couleur, enfin la coexistence des autres lésions. C'est ainsi que cette enfant présente de l'hydrocéphalie, un spina-bifida, une paralysie des membres inférieurs avec double pied bot; et l'on sait la fréquence de ces malformations dans la syphilis héréditaire.

Les parents du malade interrogés nient tout antécédent syphilitique; le père dit n'avoir jamais eu aucune maladie vénérienne, jamais

d'éruption sur le corps, jamais d'angine suspecte ; il y a trois ou quatre ans, il eut une lésion de la moustache ayant duré deux mois, lésion croûteuse pour laquelle il alla consulter M. Balzer à l'hôpital Ricord. Celui-ci lui remit une ordonnance portant des pulvérisations à la liqueur de Van Swieten étendue d'eau, traitement qui amena bientôt la guérison ; on ne prescrivit aucun médicament interne et il n'y eut jamais d'éruption à la suite de cet accident qui ne paraît pas devoir être suspecté.

La mère a toujours été bien portante ; mariée depuis six ans, elle n'a jamais eu de grossesse avant celle-ci et elle attribue la malformation de son enfant à une peur qu'elle aurait eue vers le troisième mois de sa grossesse.

Elle est sujette, au printemps, à des poussées d'urticaire qui viennent à la suite de l'ingestion de fraises ; elle n'a jamais eu d'autre éruption en dehors de ces poussées prurigineuses qui disparaissent facilement.

En somme, cette enfant présente un ensemble de lésions qui paraît imposer le diagnostic d'hérédo-syphilis, mais l'aspect des lésions cutanées nous semble prêter à discussion, et il nous a paru intéressant de présenter ce malade pour montrer une fois de plus les difficultés qu'on rencontre dans le diagnostic des éruptions fessières chez les enfants.

M. JACQUET. — J'ai pu observer jusqu'à ce jour un grand nombre de cas analogues dans lesquels le diagnostic est délicat. Mais ici, il m'est difficile de ne pas me prononcer nettement pour la syphilis. Il s'agit de syphilides fessières et non pas d'érythèmes syphiloïdes.

M. FOURNIER. — On ne peut mettre la syphilis en doute. L'enfant présente d'ailleurs une série de signes établissant chez lui l'hérédo-syphilis. Telle l'hydrocéphalie qui est un des stigmates de l'hérédo-syphilis ; tels encore le spina-bifida et le pied bot.

M. JACQUET. — Je viens d'observer le développement en quelque sorte sous mes yeux d'une hydrocéphalie chez un enfant atteint de syphilides secondaires.

M. FEULARD. — Je ne saurais mettre en doute, puisque M. Fournier nous l'affirme, l'hérédo-syphilis de cette enfant ; mais je me permets de croire que les lésions cutanées qu'elle présente aux parties génitales peuvent très bien ne pas être syphilitiques, et qu'il s'agit, tant ce cas ressemble à ceux que j'ai observés déjà et aux moulages du Musée, de l'éruption dénommée *érythème syphiloïde vacciniforme*, *herpès syphiloïde vacciniforme*, tout à fait indépendant de la syphilis.

L'éruption me paraît bien abondante et débordant trop sur les cuisses pour une éruption de plaques muqueuses; les jambes de ce bébé sont grasses, sillonnées de gros plis dans la chair et c'est justement au sommet de ces gros replis que siègent, comme dans les cas d'érythème, les plus gros éléments éruptifs; leur forme en bouton de vaccine avec un bourrelet circulaire blanchâtre est très marquée sur les cuisses; je reconnais qu'à la marge de l'anus et sur les lèvres les éléments éruptifs ressemblent absolument à des plaques muqueuses, mais n'est-ce pas cette énorme ressemblance qui a fait justement donner à cet érythème vacciniiforme l'épithète de *syphiloïde*.

Je suis encore frappé par ce fait qu'avec des syphilides génito-anales et crurales aussi abondantes l'enfant n'ait aucun autre signe de syphilis cutanée ni à la face, ni aux lèvres, ni au nez, ni aux paumes, ni aux plantes. Enfin je demande, si en l'absence des signes de dégénérescence sur lesquels on appuie le diagnostic de syphilis, l'éruption est suffisamment caractérisée comme syphilitique pour que l'on puisse, dans une expertise médico-légale par exemple, affirmer par elle seule la syphilis de la petite malade.

M. FOURNIER. — Certainement je l'affirmerais, en considération de la base dure, de la sclérose, de l'infiltration, du caractère de tubercule que l'on constate au niveau de chacune de ces érosions.

M. BESNIER. — J'aurais, pour ma part, peine à me prononcer. — Je ne puis m'empêcher de me rappeler le cas d'un enfant chez lequel existaient des lésions semblables tout aussi dures de base et infiltrées, et chez lequel pourtant, la suite démontra qu'il ne pouvait être question de syphilis.

Au surplus, un autre point me ferait particulièrement hésiter dans le cas actuel. Lorsque chez les hérédo-syphilitiques les lésions d'hérédo-syphilis sont aussi nettes, aussi marquées que dans ce cas, on n'observe pas de lésions secondaires de ce genre. En un mot, l'hérédo-syphilis aussi accentuée peut-elle produire des lésions cutanées de cet ordre? Je ne le crois pas. Il y aurait intérêt ici à se contenter d'abord du traitement local.

M. FOURNIER. — J'avoue pour ma part avoir fréquemment observé dans l'hérédo-syphilis des syphilides cutanées et muqueuses proliférantes comme celles-ci. L'existence de grosses lésions d'hérédo-syphilis, comme l'hydrocéphalie, etc., ne me gêne en rien pour l'affirmation de syphilides cutanées coexistantes. Je suis même heureux de cette occasion qui n'est fournie de développer ici mon opinion sur ce point.

Je ne considère nullement comme de nature syphilitique les lésions dentaires, celles d'Hutchinson entre autres, les malformations osseuses, etc., qui marquent l'hérédo-syphilis; je les considère comme des altérations de développement, des lésions de *dégénérescence* des accidents para-syphilitiques. Ces lésions proviennent de géniteurs infectés, mais elles ne sont pas syphilitiques.

M. BESNIER. — La question que je viens de poser, je la spécifierai d'une manière plus nette encore. Un enfant hérédo-syphilitique dont les signes d'hérédo-syphilis sont absolument positifs, à ce point qu'il ne peut plus contracter la syphilis, peut-il présenter des syphilides cutanées secondaires? Cela, je ne crois pas.

M. WICKHAM. — Je me rappelle avoir observé dans le service de mon maître M. Fournier, un cas des plus remarquables et démonstratif de la théorie qu'il préconise depuis plusieurs années.

Une jeune fille présentait des altérations dentaires si particulièrement typiques, si admirables, de celles qu'on rencontre dans l'hérédo-syphilis, qu'une photographie en fut faite pour servir à démontrer les altérations dentaires de l'hérédo-syphilis. Quelques mois après son exeat la malade revint se faire traiter de deux érosions vulvaires qui furent reconnues comme des chancres syphilitiques. Un mois après survint la roséole puis les plaques muqueuses et plus tard toute une série d'accidents graves.

Il s'agit bien là de l'observation d'une syphilis nouvelle, débutante, chez un sujet présentant des malformations de l'hérédo-syphilis.

Nævus acnéique unilatéral en bandes et en plaques (nævus à comédons).

Par M. GEORGES THIBIERGE.

La malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société est atteinte d'une forme extrêmement rare de lésions des glandes sébacées.

Le seul cas analogue dont j'aie connaissance est celui d'une femme que le Dr Selhorst (de la Haye) a présentée au Congrès international de dermatologie tenu à Londres au mois d'août dernier et dont la relation, accompagnée d'une phototypie, vient d'être publiée dans le *British Journal of dermatology* (novembre 1896, p. 419).

Lucie G..., femme de chambre, âgée de 20 ans, m'est adressée à l'hôpital de la Pitié, le 16 avril 1896, par mon excellent ami, le Dr Kuhff.

Cette jeune fille, dans la famille de laquelle il n'existe aucune affection analogue, se rappelle avoir toujours eu, si loin que remontent ses souvenirs, les lésions cutanées pour lesquelles elle vient me consulter.

La seule modification qu'elle ait vue survenir est la suppuration et l'ouverture des saillies qu'elle considérait comme des « glandes » et qu'elle s'était également toujours connues. L'un de ces foyers, siégeant le long du sterno-mastoïdien, a été ouvert il y a dix-huit mois, donnant issue à une petite quantité de pus et ne s'est pas encore cicatrisé. Au mois de

décembre 1895, se sont ouvertes deux collections analogues à la région sus-claviculaire, où on voit encore les ulcérations qui leur ont succédé. Enfin, au mois de janvier dernier, un abcès s'est ouvert spontanément à la région scapulaire et n'a pas tardé à se cicatriser.

La santé générale a toujours été bonne. Elle a eu seulement, depuis deux ans, deux bronchites légères.

État actuel. — La malade est de petite taille, mais vigoureuse, d'une très bonne santé; elle ne tousse pas, ne présente aucun signe fonctionnel ou physique de tuberculose pulmonaire; elle ne présente en aucune région d'adénopathies, elle n'a d'ailleurs jamais présenté aucune manifestation de scrofulo-tuberculose. Les seules lésions cutanées que l'on puisse constater sont limitées à la moitié gauche du corps au niveau des régions sus et sous-claviculaire, sterno-mastoi'dienne, dorsale supérieure, thoracique supérieure.

Les lésions les plus accusées et les plus variées occupent la *région sus-claviculaire*; cette région est occupée presque entièrement par un large placard de forme ovalaire, parallèle au bord supérieur du cou, atteignant le bord antérieur de la clavicule à son union avec l'apophyse coracoïde et mesurant 9 centimètres de long sur 4 de large. Ce placard saillant, assez régulièrement arrondi, présente à sa surface des lésions multiples :

1° Un grand nombre de points noirs, de un demi à un millimètre de diamètre, irrégulièrement disposés, distants de 3 millimètres au plus. La pression énuclée ces points noirs qui constituent la tête d'un comédon en forme de grain de 2 à 3 millimètres de longueur; l'extrémité profonde de ces comédons est d'aspect légèrement graisseux, mais friable. Après l'énucléation du comédon, on constate qu'il occupait une loge cylindrique, régulière, légèrement oblique par rapport à la surface de la peau, semblant constituée par une dépression de la peau et n'ayant aucune tendance à revenir sur elle-même après l'expulsion de son contenu. Ces alvéoles sont plans, séparés par des brides irrégulières, rappelant l'aspect de la coupe d'un tissu caverneux.

2° Quelques comédons, plus volumineux que les précédents, au lieu d'être énucléés en masse de leurs alvéoles par une courte pression, s'allongent en filament de 1 à 2 millimètres de diamètre, dont l'expulsion semble devoir se prolonger indéfiniment. Ces filaments, blanchâtres, semblables à du vermicelle, dégagent l'odeur fade du contenu des kystes sébacés : on croirait vider simultanément par plusieurs orifices, un de ces kystes, et de fait, on pourrait comparer la saillie sus-claviculaire à une agglomération des kystes sébacés, mais de kystes sébacés mollasses et incomplètement remplis.

3° A la partie interne de la tuméfaction, on voit deux ulcérations mesurant les dimensions d'un pois, de forme arrondie, à bords décollés, à fond constitué par un bourgeon charnu, rose, atone et mou; ces ulcérations, qui offrent une grande analogie avec celles des gommies scrofulo-tuberculeuses, sont à peine suintantes. La pression sur leurs bords fait sortir entre le bourgeon charnu et le bord de l'ulcération, d'abord une petite quantité de liquide puriforme, de consistance huileuse, mélangé de dé-

bris de matière caséeuse, puis une grande quantité de matière caséeuse, s'étirant en un cordon de 2 à 3 millimètres de large, analogue à celle qui suit la sortie des plus gros comédons.

La plaque de la région sus-claviculaire présente, à sa partie interne, dans la *région latérale du cou*, un prolongement vertical de 2 centimètres qui remonte jusqu'à 4 centimètres du lobule de l'oreille; à ce niveau, on ne constate que des comédons de petites dimensions.

Du bord supérieur de ce prolongement part une cicatrice oblique en bas et en avant, longeant le bord supérieur du sterno-mastoldien, cicatrice mesurant 6 centimètres de long sur un demi-centimètre de large, et ayant à sa partie supérieure une bride en forme de pont semblable à celle que l'on voit fréquemment dans les cicatrices des lésions scrofulo-tuberculeuses; en dedans de cette bride, on voit une ulcération analogue à celle de la région sus-claviculaire, à l'extrémité de laquelle la pression fait également sortir une certaine quantité de matière caséeuse étirée en un gras comédon, une traînée de 5 à 6 comédons semble prolonger la cicatrice à son extrémité antérieure, le long du sterno-mastoldien. Une autre traînée se voit en arrière de l'angle de la mâchoire.

A la *région thoracique antéro-supérieure*, sur une bande à peu près horizontale, de 15 centimètres de longueur, étendue de l'articulation sterno-claviculaire gauche, à un centimètre au-dessous de l'extrémité externe de la clavicule, bande mesurant 1 centimètre de large à sa partie interne et 2 centimètres à 2 centimètres et demi à sa partie externe, un grand nombre de comédons semblables à ceux de la région sus-claviculaire; à la partie interne, ils sont environ 2 fois plus petits qu'à la partie externe, où ils atteignent les mêmes dimensions que dans la région sus-claviculaire.

Outre ces comédons, on voit sur cette bande, principalement dans sa partie interne, de petites saillies hémisphériques, blanches, brillantes, fermes, offrant tous les caractères des grains de milium; ces grains, faciles à énucléer, sont formés d'une masse blanche, peu résistante.

Dans les intervalles de ces diverses lésions, la peau est d'apparence normale, sauf un très léger aspect brillant et cicatriciel au niveau de la partie convexe de la clavicule.

Une autre bande, large de 1 centimètre environ, part de l'articulation sterno-claviculaire pour descendre jusqu'à la partie moyenne de l'espace inter mammaire en décrivant une très légère incurvation à convexité droite. Elle est constituée par des comédons moins colorés et moins profonds que ceux du cou, et par quelques grains de milium.

Dans la *région dorsale supérieure*, à 1 centimètre à gauche de la ligne médiane, au niveau des 6^e et 7^e apophyses épineuses cervicales, un groupe vertical de comédons, avec deux profondes dépressions cicatricielles.

Un peu plus en dehors, un groupe irrégulièrement triangulaire, mesurant 7 centimètres de côté, ayant son bord interne parallèle au rachis et commençant au niveau de la 1^{re} apophyse épineuse dorsale. Ce groupe, de densité variable suivant les points, est constitué par des comédons semblables à ceux de la région sus-claviculaire. Vers son bord supérieur, il présente une cicatrice blanche, déprimée, transversale, de 15 à 16 milli-

mètres de large, de 2 à 3 millimètres de profondeur, dont le fond est constitué par une série d'alvéoles dans lesquels se sont agglomérées de la matière sébacée et de la poussière.

Dans la partie supérieure du dos, on voit un certain nombre de comédons de petites dimensions, irrégulièrement disséminés.

Sur la partie antérieure du bras, on voit, à un examen attentif, 8 comédons d'un tiers de millimètre environ, disposés sur une ligne verticale de 6 centimètres longeant le bord interne du biceps.

Les lésions ulcéreuses des régions sus-claviculaire et sterno-mastoi-dienne ont été cautérisées au moyen de flèches de pâte de Canquoin, suivant la méthode employée par Lailler dans les gommescrofulo-tuberculeuses. Les comédons les plus larges ont été cautérisés au galvano-cautère, puis les cavités qui les contenaient bourrées d'une flèche de pâte de Canquoin.

Sous l'influence de ce traitement, les ulcérations se sont réparées, les plus gros comédons ont été détruits et ne se sont pas reproduits, la saillie de la plaque s'est affaïssée.

Aujourd'hui, on voit dans le creux sus-claviculaire : 1° des comédons peu volumineux, renfermés dans des alvéoles irréguliers; 2° des cicatrices larges de 2 à 3 centimètres, légèrement gaufrées à leur périphérie, en voie de décoloration; ces cicatrices, au nombre de 5, altèrent peu la forme de la région; 3° au niveau du bord supérieur du placard une saillie du volume d'une petite noisette, dont la pression fait sortir, par un très minime orifice, une matière blanche, filante et huileuse.

Une saillie analogue, mais plus volumineuse, se voit au niveau du bord postérieur du prolongement cervical de la plaque sus-claviculaire.

L'ulcération de la région sterno-claviculaire est complètement cicatrisée.

Les lésions des autres régions n'ont pas subi de modifications sensibles.

Lorsque j'observai cette malade pour la première fois, j'avais été frappé de l'aspect des lésions, occupant exclusivement un côté du corps, et présentant, à la partie antérieure du thorax, une disposition en bandes qui certes n'était pas banale et dont la singularité même imposait la comparaison avec diverses variétés de nævi.

L'interrogatoire de la malade apprenait d'ailleurs que ces lésions remontaient au jeune âge et, sans doute, à la naissance. Il s'agissait donc bien d'un nævus.

Mais ce nævus sortait du cadre habituel : si on connaît déjà plusieurs variétés de malformations ou de lésions congénitales des glandes sébacées, on n'en avait pas, que je sache, signalé dans lesquelles la sécrétion sébacée, continuant dans les glandes congénitalement modifiées, donnât lieu à la formation de comédons.

En outre, à ce nævus-comédon, non encore connu, s'associaient des lésions qui, par plus d'un caractère, se rapprochaient des gommescrofulo-tuberculeuses. Fallait-il donc admettre que, en plein nævus, s'étaient greffées des lésions tuberculeuses? A la vérité, semblable

association m'avait semblé bien singulière, précisément parce qu'elle était trop intime : la coexistence d'une gomme scrofulo-tuberculeuse et d'un kyste sébacé déversant son contenu par l'ulcération même de la gomme et le long de celle-ci était une bien singulière coïncidence et tout me portait à admettre que la pseudo-gomme tuberculeuse était le résultat d'une évolution naturelle, ou une complication banale, par un pyogène ubiquitaire, de la difformité sébacée. A défaut d'un examen bactériologique et de cultures ou d'inoculations que je regrette de ne pas avoir tentés, j'étais amené par l'observation clinique à cette conclusion que les lésions si diverses et d'aspect si varié observées chez ma malade faisaient partie intégrante d'un même processus et constituaient un type clinique particulier.

Cette opinion a été pleinement confirmée lorsque j'ai vu à Londres la malade de M. Selhorst ; cette femme était atteinte également depuis sa naissance d'une affection occupant exclusivement le côté gauche du cou et de la poitrine et le bras gauche, et reproduisant, sous des proportions plus considérables, tous les traits qui m'avaient si vivement frappé chez ma malade : disposition en plaques ou en bandes verticales ou horizontales, comédons de dimensions variées séparés par des brides cicatricielles, ulcérations ressemblant à celles des écrouelles, mais développées au voisinage immédiat de foyers sébacés qui se déversent au dehors par l'ouverture même de la pseudo-gomme, tout y était.

Quelques-uns de ces caractères sont incomplètement décrits dans la note, un peu sommaire, dans laquelle M. Selhorst a rendu compte de sa présentation ; mais j'ai pu m'assurer par moi-même de leur existence incontestable chez sa malade.

Il y a donc lieu, ces deux cas s'éclairant l'un par l'autre et malgré l'absence de recherches expérimentales et histologiques, de décrire un type spécial de nævus acnéique, auquel convient le nom de nævus acnéique en bandes ou en plaques, à comédons et à kystes sébacés, susceptibles d'aboutir, probablement par infection pyogénique secondaire banale, à la production d'ulcérations pseudo-gommeuses.

Pour confirmer ou infirmer cette assertion et cette conception, j'ai recherché si, dans d'autres observations d'acné-comédon ou de nævus sébacé on n'aurait pas signalé en même temps qu'une systématisation analogue, des lésions ulcéreuses de même apparence. Mes recherches bibliographiques ont été infructueuses. Plusieurs dermatologistes anglais ont bien publié de cas de comédons systématisés (Crocker, *Lancet*, 19 avril 1884, p. 704 ; J. Caesar, *Lancet*, 28 juin 1884, p. 1188 ; Thin, *Lancet*, 13 octobre 1888, p. 712 ; Crocker, *Lancet*, 27 octobre 1888, p. 813 ; Wetherell, *Lancet*, 27 janvier 1889, p. 169), mais leurs observations ont

trait à des sujets atteints d'acné-comédon vulgaire, acquise, offrant cette particularité de s'être développée sur des régions limitées du visage, symétriques ou non; rien n'y rappelle la disposition, en bandes et en groupes, occupant un seul côté du corps, qui produit un aspect si singulier et rapproche si étroitement la malade de M. Selhorst et la mienne.

Cette disposition correspond sans doute à quelque particularité anatomique ou embryologique. Il serait prématuré de spécifier celle-ci. Je noterai seulement qu'aucun trajet nerveux, ni aucun territoire nerveux jusqu'ici connu ne peut être superposé à une aussi bizarre lésion.

Un cas d'urticaire pigmentée.

Par MM. J. DUBBISAY et GEORGES THIBIERGE.

L'enfant que nous avons l'honneur de présenter à la Société est atteint incontestablement d'urticaire pigmentée. Son histoire et les lésions actuelles ne s'écartent pas du cadre aujourd'hui bien connu de cette maladie. La seule particularité qui mérite d'être mise en relief est l'évolution de la maladie : constatée dans les jours qui ont suivi la naissance, elle s'est constituée de toutes pièces dans un temps assez court, pour rester ensuite stationnaire, et n'a pas donné lieu aux poussées aiguës si habituelles dans cette dermatose. En dehors de cette marche, un peu anormale, mais non sans exemple, ce cas ne sort pas de l'ordinaire, pas même par son étiologie, qui, malgré des recherches poursuivies dans les directions les plus variées, nous a totalement échappé.

C'est donc simplement une contribution à la casuistique d'une maladie rare que nous vous apportons.

Édouard-Marcel F..., âgé de 20 mois, est atteint d'une éruption qui actuellement (10 novembre 1896) présente les caractères suivants :

Sur le tronc, on voit des taches de coloration brunâtre tirant légèrement sur le rose, de forme un peu irrégulièrement arrondie ou ovale, mesurant au moins un centimètre de diamètre. A un examen attentif, on constate que l'épiderme au niveau de ces taches est un peu brillant, ses plis sont plus accusés que sur les parties adjacentes, les orifices glandulaires plus apparents.

L'ensemble de ces taches donne aux téguments de l'enfant un aspect

tigré très remarquable. Dans la partie supérieure du dos, elles couvrent environ le tiers de la surface totale de la peau; à la partie moyenne du dos, elles se réunissent en un large placard à contours irréguliers; à la région lombaire, elles sont à peu près aussi abondantes que dans la partie supérieure du dos; aux fesses, elles sont très peu nombreuses; à la partie antérieure du tronc, elles sont un peu moins nombreuses que dans le dos et un peu plus larges; sur les parties latérales, elles sont en nombre plus considérable.

Dans les intervalles des taches, la peau a ses caractères absolument normaux.

Lorsque l'on exerce avec l'ongle ou un corps mou une pression sur le tégument, on voit se produire, sur les parties saines, une coloration rouge, bien apparente, mais peu persistante; au niveau des taches, les phénomènes sont tout à fait différents: il se produit d'abord une rougeur qui s'étend à la totalité de la plaque, puis une saillie de coloration blanche nettement urticarienne, reproduisant en l'amplifiant le dessin que l'on a tracé sur le tégument; dans les points où la pression a été plus forte ou plus prolongée, le relief est plus accusé, plus étendu, rappelant l'aspect d'une vésicule. La saillie urticarienne persiste pendant plusieurs minutes.

A l'état habituel et lorsqu'on n'exerce pas de pression sur elles, les taches sont planes, ne dépassent pas le niveau des téguments adjacents. Cependant, en pratiquant très doucement la palpation à leur niveau, on constate qu'elles sont le siège d'une légère infiltration, se traduisant en outre par une augmentation de l'épaisseur du pli cutané lorsqu'on pince le tégument à leur niveau.

Aux membres inférieurs, on constate une large plaque brune à la partie antérieure de la cuisse droite; sur les jambes, on remarque un certain nombre de taches ovalaires, de 1 centimètre à 1 centimètre et demi de long, de coloration brune, tirant plus nettement sur le rouge que celles du tronc; quelques-unes de ces taches sont très légèrement saillantes, l'infiltration du tégument y est plus prononcée que sur celles du tronc et leur surface a plus nettement l'aspect gaufré, dû à l'élargissement et à la dépression des follicules pileux; à la partie postéro-inférieure du mollet gauche, on voit une plaque transversale de 2 à 3 centimètres de large, d'un rouge légèrement livide sur laquelle le gaufrage est plus apparent.

Aux membres supérieurs, les taches sont rares, plus étroites, moins colorées et moins apparentes que sur les membres inférieurs.

Au cou, sur toute sa circonférence, taches brunâtres, café au lait, ne présentant pas la moindre saillie, de 1 centimètre de largeur au maximum, confluentes à la partie postérieure.

Sur le front, éléments semblables à ceux du cou, irréguliers et déprimés.

Le reste du visage, en particulier les paupières, ne présente aucune trace d'éruption. On voit seulement, à la partie inférieure des joues, des taches peu apparentes à l'état normal, qui prennent une coloration rouge assez accusée lorsque l'enfant crie.

Aucune lésion apparente de la muqueuse buccale.

L'enfant ne semble éprouver aucun prurit : jamais, au dire de ses parents, il ne se gratte ; on ne constate d'ailleurs aucune trace de lésions de grattage.

L'enfant est blond, mais vigoureux, bien portant.

Cet enfant, né à 8 mois et demi, le 6 mars 1895, pesait 2,850 gr. à sa naissance (1).

Antécédents. — La santé générale n'a pas toujours été aussi satisfaisante qu'elle est actuellement. Lorsqu'il a été amené, le 30 juillet, au Dispensaire du premier arrondissement, il avait, depuis plusieurs semaines, une diarrhée intense consécutive au sevrage et à une alimentation défectueuse. Sous l'influence de l'usage exclusif du lait stérilisé, les troubles digestifs ont disparu et l'état général s'est considérablement amélioré : son poids s'est élevé de 9,400 gr. (14 août) à 10,430 gr. (7 novembre).

Quant au début de l'affection cutanée dont il est atteint, voici les renseignements fournis par les parents à ce sujet.

Aussitôt après que la mère est revenue de la Clinique Baudelocque où elle était accouchée, — c'est-à-dire huit jours après la naissance, — on a constaté sur le corps de l'enfant la présence de taches rouges. Ces taches, que l'on avait cru devoir attribuer d'abord aux pressions exercées sur la peau de l'enfant pendant qu'on l'habillait, ne s'effaçaient pas : peu à peu, leur coloration s'est modifiée et est devenue brunâtre ; le nombre de ces taches ne se serait pas accru depuis que leur existence a été remarquée ; au contraire, il y en aurait eu primitivement un nombre plus considérable sur les membres supérieurs où quelques-unes se seraient effacées insensiblement.

Leurs dimensions se seraient accrues en proportion de l'accroissement de la taille de l'enfant.

Il semble bien établi, par des interrogatoires réitérés, qu'il ne s'est jamais produit de poussées nouvelles, semblables à celles qu'on observe ordinairement dans l'urticaire pigmentée, accompagnées ou non de fièvre ou de prurit.

Les parents ont seulement remarqué que les taches sont d'une couleur plus vive lorsque l'enfant se réveille ou lorsqu'on le sort du bain ; puis, au bout d'un temps court, elles reprennent leur couleur habituelle.

Antécédents héréditaires. — Père âgé de 35 ans ; n'a fait d'autre maladie sérieuse qu'un rhumatisme articulaire aigu l'an dernier.

Mère, âgée de 30 ans, n'a jamais eu de maladie de peau, ni d'autre maladie grave, n'a jamais présenté de troubles nerveux notables. Pendant sa grossesse, elle n'a pas éprouvé de trouble marqué de la santé générale ; cette grossesse a même été moins pénible que la première ; elle n'a pas, pendant ce temps, souffert de privations et ne peut retrouver le souvenir d'aucune peur ou d'aucune émotion.

(1) Nous devons ce renseignement à l'obligeance de M. le professeur Pinard, qui a bien voulu nous faire savoir que pendant le séjour de l'enfant dans son service, l'éruption n'avait pas été remarquée.

Ni dans la famille du père, ni dans celle de la mère, originaires tous deux de l'Ille-et-Vilaine et non consanguins, on ne connaît de cas analogue.

L'enfant a une sœur âgée de 3 ans, qui ne présente aucune lésion cutanée.

Collodion à l'huile de cade.

Par E. GAUCHER.

J'ai l'honneur de présenter à la Société une préparation de collodion cadique, renfermant un tiers d'huile de cade incorporée à deux tiers de collodion à l'acétone.

Le collodion à l'acétone a été employé récemment comme excipient d'un certain nombre de substances, usitées comme topiques dans les affections cutanées. M. Schif (de Vienne), notamment, a fait préparer des collodions à l'acide pyrogallique, au goudron, à l'ichtyol, à l'acide salicylique, etc. Jusqu'à présent, à ma connaissance du moins, on n'avait pas pensé à faire un collodion à l'huile de cade. C'est cette lacune que j'ai voulu combler, car je pense que l'huile de cade est un des meilleurs médicaments que nous possédions en dermatologie et beaucoup trop abandonné aujourd'hui.

Cette préparation fait disparaître la plupart des inconvénients de l'huile de cade. Elle permet d'abord de n'appliquer le médicament que sur les points malades et de l'y maintenir. Elle ne tache pas le linge, quand on laisse suffisamment sécher le collodion avant de recouvrir les malades. Enfin l'odeur de l'acétone, qui n'est pas désagréable, masque en grande partie celle de l'huile de cade.

J'ai employé ce collodion cadique dans le psoriasis, dans l'eczéma sec lichenôïde, dans le lichen simplex chronique, avec induration et épaississement de la peau, dans l'eczéma nummulaire, à la période squameuse terminale de tous les eczémas et dans l'eczéma séborrhéique. Cette préparation me paraît devoir être également efficace dans le lichen plan corné.

Le collodion cadique m'a semblé guérir les plaques de psoriasis dans le même temps que la traumaticine chrysophanique et ne présente pas les mêmes dangers qu'elle.

Il peut être appliqué sur les plaques les plus étendues et sur toute la surface du corps.

Les badigeonnages doivent être répétés chaque jour avec un

pinceau d'ouate, sur toutes les parties atteintes. Le matin, le malade prend un bain d'amidon ou fait un lavage avec une éponge et de l'eau tiède, avant la nouvelle application du topique.

J'insiste sur la nécessité d'employer de l'huile de cade pure de génévrier et de l'acétone pure, exempte d'eau, pour obtenir une bonne préparation. Si ces conditions ne sont pas remplies, le collodion est, suivant les cas, tantôt trop fluide et sèche difficilement, tantôt trop épais, d'une application difficile et la pellicule ne forme pas une adhérence suffisante.

M. BESNIER. — Les collodions à l'acétone ont été introduits à l'hôpital St-Louis il y a déjà beaucoup d'années, par Lailler, et je les ai moi-même, à cette époque, mis en expérimentation, en y incorporant tout ce qui était employé dans le traitement du psoriasis. Je n'ai pas tardé à renoncer, comme méthode générale, à leur emploi, le procédé par friction étant de beaucoup le plus actif pour faire pénétrer les agents médicamenteux dans les tissus en état de psoriasis. C'est seulement quand la substance active a été incorporée par friction, qu'il peut y avoir avantage à la recouvrir, soit de collodion acétonique, soit de traumaticine, soit d'un emplâtre adhésif.

M. GAUCHER. — Je ferai remarquer à M. Besnier que ce collodion renferme un tiers d'huile de cade, et que cette forte proportion explique son efficacité. En ce qui concerne le psoriasis, le médicament que je présente a un grand avantage. Il peut s'appliquer en badigeonnages sur une étendue considérable de la peau, ce qui ne pourrait se faire impunément avec la traumaticine à l'acide chrysophanique.

Sur un lichen plan limité à la muqueuse buccale.

Par H. HALLOPEAU et SCHROEDER.

Les faits de cette nature se sont singulièrement multipliés depuis quelques années; l'un de nous en a encore présenté un exemple à la Société dans sa séance du 10 avril dernier: il est bien vraisemblable que l'augmentation dans le nombre de ces cas n'est qu'apparente et qu'elle est due exclusivement aux progrès du diagnostic; il n'est pas douteux, en effet, que ce lichen plan buccal n'ait jusqu'ici été confondu le plus souvent, soit avec une syphilide, soit avec une leucoplasie.

Notre nouveau fait montrera comment l'on peut éviter une pareille erreur en même temps qu'il nous fournira quelques indications relativement à la nature probable de la maladie.

Le 22 octobre dernier, le nommé Pr..., âgé de 38 ans, nous dit avoir remarqué depuis deux mois, sur le dos de sa langue, deux plaques légèrement indurées.

Peu de temps après, des plaques blanches apparaissent sur la muqueuse des joues.

Ces lésions sont à peine douloureuses, et seulement au moment de la mastication.

Actuellement, les plaques linguales, dont l'une a un peu augmenté, présentent l'aspect de deux pains à cacheter.

Celle de gauche est assez régulièrement ovale ; cependant quelques petits irrégularités existent sur certaines parties de son contour ; elle donne au toucher une sensation parcheminée.

Il y existe aussi trois petites saillies de la grosseur d'un grain de millet avec dépression centrale, et plusieurs autres dépressions périphériques rappelant les dépressions de papules cutanées. Cette plaque est à peu près de niveau avec les saillies papillaires. Lorsqu'on promène le doigt sur sa surface, on la sent lisse et exempte de papilles.

La plaque située à gauche diffère de la précédente par ses contours nettement polycycliques. Elle a la forme d'un triangle irrégulier à base antérieure. Elle est plus indurée que la précédente. Son bord est nettement arrêté. On y voit un sillon antéro-postérieur, des saillies linéaires, de la grosseur de petites têtes d'épingles et plus dures. Elle présente les mêmes points centraux et les mêmes dépressions que celles du côté opposé.

Sur la joue gauche, les lésions sont multiples : en arrière, on voit des taches lenticulaires, semblables à celles de la langue, puis, à côté d'elles, des figures étoilées avec irradiations périphériques ; cette série de lésions, correspond au bord alvéolaire des dents inférieures.

Depuis la dernière grosse molaire jusqu'à la canine, on constate une traînée continue de plaques confluentes avec irradiations. Des altérations semblables correspondent à la mâchoire supérieure, mais elles sont moins marquées.

Même disposition à droite, avec cette différence que les plaques multiples y sont remplacées par une seule assez grande.

Sur la face dorsale du gland, on voit une petite tache brillante, d'un rouge sombre, limitée par un très fin soulèvement polygonal.

Le malade assure n'avoir jamais eu la syphilis.

Le diagnostic de lichen plan buccal est nettement établi par la disposition en stries étoilées des plaques des joues ; avec M. Wic-kham, nous le considérons comme pathognomonique ; on ne l'observe jamais, ni dans la syphilis, ni dans la tuberculose, ni avec cet aspect, dans la leucoplasie buccale.

Si l'on fait abstraction de la très petite lésion du gland dont la nature est contestable, nous pouvons admettre qu'il s'agit ici, comme dans les cas de M. Frèche, d'un lichen plan limité à la cavité buccale

et rien ne prouve jusqu'ici qu'il doive s'étendre à la surface cutanée.

Comme particularités dignes d'intérêt, nous relevons l'aspect de pains à cacheter que présentaient les plaques du dos de la langue : cet aspect a été signalé déjà par M. Wickham pour les plaques cutanées, mais l'analogie est ici beaucoup plus frappante en raison de la blancheur éclatante de ces lésions et de leur contraste avec la couleur rouge de la muqueuse; lorsque l'on se trouvera en présence de pareilles altérations, il y aura donc lieu de penser à un lichen plan.

Les *stries* des plaques des joues sont, comme MM. Brocq et Wickham l'ont déjà fait remarquer à juste titre, identiques dans leur distribution à celles qui se détachent avec une couleur opaline sur les plaques de la peau; elles sont ici particulièrement intéressantes en ce sens qu'elles existent seules; lorsqu'un examen histologique aura permis de déterminer avec précision quel en est le siège, on saura quelle est la localisation principale des altérations; c'est, très vraisemblablement, le pourtour du vaisseau.

Une autre particularité intéressante, dans ce cas, est l'absence presque complète de sensations douloureuses; il n'y a rien chez ce malade qui ressemble à du prurit; c'est d'ailleurs la règle dans le lichen plan buccal; ce fait montre que sa cause prochaine diffère de celle des lichénisations secondaires. Il est de toute évidence, en effet, que celles-ci sont un des modes de réaction de la peau contre le prurit, mais il n'en est pas de même de celui-là; l'indolence de ses lésions en fournit la démonstration.

Le manque, en pareil cas, de tout phénomène susceptible d'être rapporté à un trouble de l'innervation, et particulièrement de troubles sensitifs et vaso-moteurs, atrophie, ainsi que le défaut de localisation à des trajets nerveux contribuent également à rendre peu vraisemblable la théorie trophonévrotique; la propagation du mal suivant un réseau est bien plutôt en faveur de la théorie parasitaire; il en est de même des remarquables effets thérapeutiques que produit en pareil cas la médication arsenicale.

Nous tirerons de ce travail les conclusions suivantes :

1° Les *stries* opalinés, radiées ou étoilées, caractérisent le lichen plan buccal ;

2° Elles en permettent le diagnostic en l'absence de toute lésion cutanée ;

3° Elles sont, comme l'ont bien vu MM. Brocq et Wickham, identiques à celles des boutons cutanés ;

4° Elles sont indolentes, nullement prurigineuses; ce fait indique que le lichen plan n'est pas, comme les lichénisations secondaires, provoqué par le grattage ;

5° L'absence de tout trouble de l'innervation sensitive, vaso-

motrice et trophique ainsi que de localisation suivant des trajets nerveux rendent peu vraisemblable la théorie qui rattache à un trouble trophonévrotique la genèse de cette dermatose.

M. FOURNIER. — Nous connaissons parfaitement ces plaques blanches de la langue et des joues, que nous désignons sous le nom de plaques opalines, sans pouvoir les spécifier davantage. Mais pour quelles raisons, sur quels arguments M. Hallopeau s'appuie-t-il pour ranger ces lésions dans le lichen plan? Ce malade n'a rien à la peau qui autorise ce diagnostic.

M. HALLOPEAU. — Les plaques développées à la langue, si elles existaient seules, ne seraient pas, jusqu'ici, démonstratives; mais celles des joues ont un caractère des plus significatifs: ce ne sont pas des plaques à proprement parler, mais des stries entre-croisées, étoilées, qui autorisent certainement le diagnostic de lichen en raison de leur ressemblance avec les stries qu'on rencontre dans les papules des éléments cutanés du lichen plan et de leur coexistence fréquente avec cette éruption.

M. WICKHAM. — Lorsque j'ai rappelé, il y a quelque temps, l'attention sur la présence dans les éléments cutanés du lichen plan de Wilson, de stries blanchâtres, pour les considérer comme pathognomoniques, j'ai dit après M. Brocq qu'il y avait une analogie frappante entre ces stries et celles qui constituent le lichen de la muqueuse buccale. Dans tous les cas où il coexistait des lésions aux muqueuses, et des papules cutanées à stries très nettes, la comparaison était facile à faire et l'analogie saisissante. Il est certain que chez le malade que mon cher maître M. Hallopeau présente à la Société, je retrouve très exactement sur la muqueuse des joues les stries que j'ai été habitué à reconnaître dans mes observations antérieures.

Sur un nouveau cas de l'affection dite *folliclis* et ses rapports possibles avec la tuberculose.

Par H. HALLOPEAU et G. BUREAU.

Ce fait présente la plus grande ressemblance avec celui qu'ont décrit sous des noms divers MM. Brocq, Barthélemy, Dubreuilh, Pollitzer et, tout récemment, MM. Tenneson, Leredde et Martinet. On y peut suivre pas à pas la marche des lésions: leur début dans la couche profonde du derme, leur évolution aboutissant à la formation d'une vésico-pustule, leur mode de groupement symétrique sur la face postérieure des membres, particulièrement au niveau des arti-

culations, les cicatrices à l'emporte-pièce, d'abord pigmentées, puis décolorées, constituent un ensemble de caractères qui ont fait admettre, à juste titre, qu'il y a là un type clinique distinct.

On ne possède jusqu'ici aucune notion relativement à la nature de cette dermatose; l'histoire de notre malade, rapprochée d'autres faits cliniques, paraît, à cet égard, digne d'attention.

Elle peut être résumée ainsi qu'il suit :

La nommée Marie M..., cartouchière, âgée de 35 ans, entre le 22 octobre 1893 à l'hôpital Saint-Louis, salle Lugol, lit n° 23.

Pas d'antécédents héréditaires.

En 1885, M. Nicaise lui enleva un *volumineux ganglion suppuré* de l'aisselle droite. Cette adénite s'était développée lentement et existait déjà depuis plus d'un an quand la malade se décida à se faire opérer, parce que cette tumeur était devenue douloureuse. Depuis un an environ, un *nouveau ganglion* est survenu dans l'aisselle gauche.

C'est au printemps de l'année 1893, qu'apparut pour la première fois l'affection qui amène la malade à l'hôpital. Il se développa d'abord, sur la face dorsale des doigts, de petits boutons qui, primitivement durs, augmentaient de volume, suppurèrent à leur sommet, se recouvraient d'une croûte et se desséchaient finalement. Ils évoluaient par poussées successives, de nouveaux éléments se formant incessamment. Depuis cette époque, bien que beaucoup plus abondante au printemps qu'en hiver, cette éruption n'a jamais cessé de se produire au niveau des mains. Au printemps de l'année suivante (1894), il y eut une forte recrudescence de l'affection aux doigts, mais elle leur resta encore localisée.

En 1895, au printemps encore, troisième poussée; mais cette fois l'éruption s'étendait aux coudes, à la partie postéro-supérieure des avant-bras et à l'oreille gauche. Elle dura quatre mois environ, puis cessa complètement, sauf toujours au niveau des mains, laissant des cicatrices indélébiles.

Enfin, cette année, vers le mois de mai, quatrième poussée, plus intense encore que les précédentes, puisque en outre des sièges précédents, elle s'étendit aux membres inférieurs. Les lésions ont toujours été beaucoup plus accentuées du côté gauche que du côté droit.

État actuel. — Bien que d'apparence assez robuste et disant ne pas tousser, cette femme présente cependant des *signes manifestes d'induration du sommet droit*. A ce niveau, surtout en arrière, la tonalité est plus élevée que du côté gauche, les vibrations sont augmentées, l'inspiration est diminuée, et l'expiration prolongée. Dans l'aisselle gauche, sous le bord externe du grand pectoral, on sent un ganglion du volume d'un œuf de pigeon; ce ganglion est dur, mobile et non douloureux. Tous les autres organes paraissent sains.

Quant à l'éruption, au moment où nous voyons la malade, la poussée de cette année est déjà sur son déclin: néanmoins, il se développe encore quelques éléments nouveaux et on voit des nodules d'âges différents

qui permettent parfaitement de suivre les différents stades de leur développement.

Description des éléments. — Les lésions débutent sous forme de petits nodules profonds de la dimension d'une tête d'épingle à un grain de millet. Ils sont durs, arrondis, intradermiques, se laissent mobiliser avec les téguments sur les plans profonds, ne sont pas douloureux spontanément ou à la pression et ne donnent aucune sensation spéciale à la malade.

Les éléments évoluent lentement ; à mesure qu'ils augmentent de volume, ils proéminent davantage sur les téguments. Ils offrent alors une forme arrondie ou légèrement acuminée et atteignent en général les dimensions d'une petite lentille. L'épiderme se soulève à leur sommet ; il se forme une petite vésicule contenant un peu de liquide limpide ; dès ce moment, on aperçoit souvent au centre de l'élément un point plus foncé. Autour de la papule existe une légère zone inflammatoire, de couleur rose ou rouge, disparaissant sous la pression du doigt.

Plus tard, le liquide se trouble, devient franchement purulent, d'une belle couleur jaune et le centre de l'élément s'ombilique ; la zone inflammatoire périphérique s'accroît ; le nodule a, du reste, à ce moment, beaucoup augmenté de volume et atteint les dimensions d'un pois ; sa forme est arrondie ou légèrement ovale ; sa couleur varie du rouge clair au rouge foncé ; à son sommet se trouve la pustulette avec son ombilication centrale. Si, avec une aiguille, on perce la pustulette, on fait sourdre par pression une goutte de pus jaune, très épais ; et si, après avoir évacué ce pus, on enlève l'épiderme qui recouvrait la pustule, on met à nu une dépression cupuliforme, une petite cavité, une sorte de petit puits pénétrant profondément dans le derme.

Si, au contraire, la lésion évolue spontanément, c'est-à-dire sans ouverture de la pustulette, il ne tarde pas à se former à sa surface une petite croûte centrale, qui s'agrandit au fur et à mesure du dessèchement de la pustule et paraît comme formée de cercles concentriques.

Dès que se forme la croûte, le nodule commence à s'affaïsser tout en persistant cependant encore sous forme de papule. La croûte est très adhérente au nodule desséché ; elle se laisse difficilement enlever avec l'ongle ; après l'avoir arrachée, on voit que sa face profonde en forme de cône pénétrait dans la petite dépression dont nous avons parlé plus haut. A mesure que le nodule s'aplatit, sa zone périphérique inflammatoire diminue.

Enfin, en dernier terme, la croûte tombe et, à sa place on trouve une cicatrice de forme arrondie ou ovale, déprimée, à bords nets, taillés à pic comme par un emporte-pièce. Cette cicatrice varie, comme dimensions, d'un grain de millet à une lentille ; quelquefois elle est un peu plus étendue ; elle est pigmentée, de couleur rouge brun ; elle présente parfois une teinte cuivrée et est toujours entourée d'une auréole pigmentée. L'aspect de cette cicatrice rappelle un peu celui des cicatrices syphilitiques.

Plus tard, la pigmentation s'atténue, jusqu'à disparaître complètement ; c'est ainsi que les cicatrices de l'année dernière sont aujourd'hui complè-

tement blanches, sans pigment, mais toujours déprimées et offrant souvent un petit point central plus foncé et plus excavé.

Chacun de ces éléments se développe assez lentement, et met environ d'un mois à un mois et demi à parcourir le cycle complet de son évolution. Ils évoluent par poussées successives, les uns étant complètement terminés, alors que d'autres apparaissent. Ils ne déterminent aucun phénomène subjectif chez la malade, ni douleur, ni prurit, ni cuisson; au stade de pustulation seulement, ils sont légèrement douloureux à la pression.

Tous les éléments parcourent les différents stades que nous venons d'indiquer; au dire de la malade, il n'arrive qu'extrêmement rarement que quelques-uns avortent avant la suppuration. Par contre, à la période de pustulation, si la pustule est ouverte accidentellement, il peut se faire à ce niveau une infection secondaire et se produire de véritables petits abcès, comme il en existe actuellement un sur l'index gauche. Cette complication est très rare; elle ne se serait produite que trois fois depuis le début de l'affection.

Répartition des lésions. — Elles sont disposées d'une façon presque absolument symétrique, localisées sur le côté extenseur des membres et principalement sur les membres supérieurs, le reste du corps et de la face en sont indemnes, les oreilles exceptées. Elles siègent surtout au niveau des articulations (coudes, genoux, poignets, articulations des phalanges). Elles sont beaucoup plus accusées du côté gauche que du côté droit.

Réunis par groupes, mais non agminés en placards, tous les éléments conservent leur individualité propre. Au niveau de ces groupes, on peut voir des nodules à toutes les périodes de leur évolution; bien que ce qui domine actuellement, la poussée étant à son déclin, ce soient les nodules avec croûtes et les cicatrices.

Membres supérieurs. — Membre supérieur gauche. — Sur les faces externe et antérieure du bras existe une dizaine d'éléments isolés et disposés sans ordre. C'est cette année pour la première fois que l'éruption s'est développée sur le bras.

Ce sont surtout des cicatrices; quelques nodules cependant conservent encore leur croûte centrale.

Coude. — A ce niveau les éléments sont groupés à la face postérieure de l'articulation et au nombre de plusieurs centaines; mais ils sont tous extrêmement avancés dans leur développement; on n'en voit aucun au début ou à l'état de pustule; quelques-uns forment encore des nodules rouges, acuminés, recouverts d'une croûte. Ce qui domine ici, ce sont les cicatrices; elles revêtent les caractères que nous avons indiqués précédemment; la plupart sont encore pigmentées; il existe cependant une quinzaine de cicatrices blanches, dépigmentées, vestiges de l'éruption de l'année précédente.

Avant-bras. — Au niveau du tiers supérieur de la face postéro-externe de l'avant-bras, on voit un autre groupe d'une cinquantaine d'éléments dont un assez grand nombre sous forme de cicatrices blanches avec point central foncé et plus déprimé. Sur le bord externe du poignet existe un

autre groupe, moins important comme nombre, mais dont les éléments sont encore rouges, papuleux et centrés par une croûte; à ce niveau, on trouve même un élément tout à fait au début, de la grosseur d'un grain de millet, dur et enchassé dans le derme.

Main. — Rien dans la paume de la main; quelques éléments sur le bord cubital et notamment, près de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'auriculaire, un petit nodule tout à fait au début.

Doigts. — Sur le pouce, un nodule avec croûte au niveau de l'articulation des phalanges.

L'index est le plus atteint des doigts; il présente une teinte violette, livide; les éléments sont très nombreux sur sa face dorsale et son bord interne, ceux en activité siégeant surtout au niveau des articulations, tandis que sur les phalanges on voit plutôt des cicatrices. Un élément pustuleux existe sur le bord de ce doigt, et, sur sa phalangette, un autre, qui a été ouvert et infecté secondairement, forme un petit abcès.

Le médius présente surtout des lésions anciennes.

L'annulaire est beaucoup moins atteint.

L'auriculaire présente près de l'ongle un élément pustuleux.

Sur la face palmaire des doigts, il existe un seul élément au niveau du petit doigt.

Membre supérieur droit. — Les lésions beaucoup moins accentuées de ce côté présentent à peu près la même disposition; les éléments du coude et de la partie supérieure du bras sont réunis en un seul groupe. Celui de l'extrémité inférieure de l'avant-bras ne comprend qu'une dizaine d'éléments dont une cicatrice ancienne.

Sur les doigts, les lésions sont surtout accusées au pourtour des articulations; au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index, on voit des éléments anciens, entourés d'une couronne d'éléments nouveaux à l'état de nodules non supprimés.

Membres inférieurs. — Rien au niveau des cuisses.

Sur le genou gauche, les lésions sont groupées au-dessous de la rotule; un élément séparé se trouve à la partie supéro-interne de la rotule. Du côté droit les lésions sont réunies au-devant de la rotule; elles sont toutes à la période des cicatrices pigmentées. A la partie postérieure de la jambe droite, on voit deux éléments isolés.

Pieds. — Sur le bord externe du pied gauche, deux petits nodules de la dimension d'un grain de millet et trois petites macules sur le côté interne du cou-de-pied; sur la face interne du pied droit, quatre petits éléments à la période de vésicule avec auréole inflammatoire; sur le bord externe, deux ou trois éléments anciens et un élément à la face palmaire du quatrième orteil de ce pied.

Oreilles. — Sur l'hélix de l'oreille gauche existent deux cicatrices anciennes et sur l'anthélix six ou sept éléments récents. Deux petits nodules se trouvent également sur le bord de l'hélix de l'oreille droite.

Examen bactériologique. — Du pus de ces pustulettes ensemencé sur divers milieux n'a donné lieu à aucune culture.

L'examen histologique de ces petits nodules, à plusieurs stades de leur développement, sera donné ultérieurement.

Si l'on cherche quelles peuvent être la pathogénie et la cause prochaine de ces altérations, on est conduit à admettre que l'on a affaire très vraisemblablement à une maladie infectieuse et à confirmer ainsi la manière de voir exprimée, en 1890, par M. Barthélemy.

Il ne s'agit pas d'une infection provoquée par la pénétration dans le derme des microbes pyogènes banals : l'absence complète de ces parasites constatée par M. Darier, par M. Jacquet et par nous-même est, à cet égard, significative.

Le siège profond des lésions initiales éloigne de même l'idée d'une infection provenant directement du dehors ; selon toute vraisemblance l'agent contaminant est donc apporté par la circulation dans les vaisseaux du derme où il détermine les altérations.

Avons-nous quelques indications relativement à la nature possible de ce contagé ? notre malade est tuberculeuse : il existe, comme nous l'avons vu, chez elle, des signes évidents de bacillose pulmonaire ; il est très probable que l'adénopathie volumineuse dont nous avons signalé la présence dans l'aisselle est de même nature.

Or est-ce là un fait isolé ? nullement : notre collègue M. Tenneson nous a dit avoir observé récemment deux cas de cette dermatose sur des sujets atteints de lupus vulgaire ; dans l'un d'eux, le lupus avait été primitivement érythémateux ; nous rappellerons que l'un de nous a présenté en 1895 à la Société, avec M. Le Damany, une malade chez laquelle il existait concurremment des lésions qui offraient tous les caractères objectifs, en certains points de la folliclis, en d'autres du lupus, de telle sorte que nous n'avions pu arriver à un diagnostic ferme entre ces deux maladies.

Nous ne faisons aujourd'hui aucune difficulté pour admettre que nous avons eu affaire simultanément à ces deux affections et de penser que vraisemblablement il s'est agi de manifestations concomitantes d'une même infection, la tuberculose ; nous ajouterons qu'il s'est développé communément une éruption papuleuse miliaire très analogue à celle du lichen scrofulosorum.

On peut objecter, il est vrai, l'absence de bacilles ; mais l'un de nous s'est efforcé récemment d'établir qu'il existe toute une série de manifestations tuberculeuses dans laquelle ces éléments font défaut et que l'on est en droit de rapporter, à l'action, soit de toxines, soit d'une forme bactérienne encore indéterminée, mais autre que le bacille de Koch (1).

Il est donc possible qu'il s'agisse là d'une tuberculose de la peau.

M. Darier avait eu, sans s'y arrêter l'idée de cette hypothèse et elle ressort également du travail de MM. Tenneson, Leredde et Martinet.

(1) HALLOPEAU, *Congrès de Londres, 1896*

Nous dirons ultérieurement quelle signification pourront avoir à ce point de vue les lésions histologiques que nous aurons constatées.

Comme particularités cliniques, nous ferons remarquer le siège initial des éléments éruptifs dans la couche profonde du derme, l'absence d'ombilication primitive, la dépression centrale ne survenant que secondairement à l'ouverture de la vésico-pustule, les localisations des lésions dans les lieux d'élections signalés par M. Barthélemy, et le caractère presque pathognomonique des cicatrices pigmentées, brillantes et comme coupées à l'emporte-pièce qu'elles laissent à leur suite.

Si des observations ultérieures amènent définitivement à rattacher cette dermatose à la tuberculose, il faudra sans doute la placer à côté du lichen scrofulosorum et des folliculites suppuratives, parmi les manifestations toxiques de cette infection.

Filaire de Médine, ver de Guinée.

Par M. Léon PERBIN (de Marseille).

L'organisation, la structure, le développement de la filaire de Médine sont bien connus depuis le livre classique de R. Leuckart sur les parasites humains. Son traitement, d'après les ouvrages de dermatologie, paraît très simple : « dès que le ver se montre, on n'a qu'à l'enrouler autour d'une baguette et le retirer avec précaution ; cette opération exige de dix à quinze heures » (1).

Il est loin d'en être toujours ainsi ; le cas que nous avons observé sur un jeune nègre arrivant du Dahomey, et les communications orales que divers médecins coloniaux et explorateurs ont bien voulu nous faire, nous ont persuadé que la filaire de Médine aux colonies peut causer de graves désordres, produire des accidents quelquefois redoutables et même la mort quand elle est observée chez des soldats en colonne, exposés à des infections multiples, aux fatigues, aux privations de toutes sortes.

Avant de rapporter le fait que nous avons observé, les interventions chirurgicales nécessitées par les diverses complications qui se sont manifestées, nous rappellerons que la filaire de Médine, ver de Guinée ou dragonneau, est un helminthe nématode des pays tropicaux ; on le rencontre principalement sur les côtes occidentales de

(1) *Pathogénie et traitement des mal. de la peau*, par le P. KAPOSI, 2^{me} édit. française, t. II, p. 911.

l'Afrique (Sénégal, Guinée, etc.). On a longtemps discuté sur la voie par laquelle il pénètre dans l'économie. Est-ce par la peau ou par la bouche? L'opinion admise aujourd'hui est que les jeunes vers pénètrent dans le corps de petits crustacés microscopiques, connus sous le nom de cyclopes, et qui sont partout communs dans l'eau douce; c'est en buvant cette eau avec leurs habitants que l'on s'infeste. Arrivé dans l'économie par le tube digestif, le ver se fixe sous la peau, surtout aux membres, aux bras, aux avant-bras, aux jambes et aux pieds: il s'y développe, devient adulte et complet; il donne lieu alors à des tuméfactions inflammatoires (bulles, furoncles, etc.), à l'ouverture desquelles une portion du ver devient visible. Sa longueur varie de cinquante centimètres à deux et quatre mètres. D'après le nègre que nous avons soigné, on prétend dans son pays que cette longueur est égale à la taille de l'individu qui en est porteur.

Nègre de 14 à 15 ans, grand, robuste, 1 m. 50 de taille, originaire de Porto-Novo; venu du Dahomey comme boy de M. X..., résident colonial. Le 15 décembre 1895, sur le côté externe du pied droit, au niveau de la face interne de la partie moyenne du cinquième métatarsien ainsi que dans le premier espace interdigital, apparition d'une bulle suivie d'exulcération; on croit à une ampoule produite par la pression de la chaussure que l'on fait porter au nègre depuis quelques jours. Il n'en était rien; celui-ci montre, en effet, deux jours après à son maître un petit filament blanc, au niveau de la partie exulcérée du bord externe du pied. Le nègre ayant reconnu immédiatement qu'il s'agissait d'un ver, essaie de l'enrouler autour d'une tige de bois. Pour y arriver et pour faire sortir le ver, il plonge le pied dans l'eau froide; sous cette influence quelques centimètres du parasite sortent spontanément; le nègre procède lui-même plusieurs fois par jour, en plongeant chaque fois le pied dans l'eau froide, à l'enroulement du ver par tractions successives et avec les plus grandes précautions. Le 20 décembre, le ver est cassé, on ne voit plus qu'un filament blanchâtre sortant par l'orifice cutané; on ne peut le saisir pour l'enrouler de nouveau. Pansements antiseptiques humides. Le 23 décembre, le malade a eu pendant la nuit de l'agitation; le matin il a de la fièvre, T. 38°,6, il est triste, abattu; le pied est tuméfié et douloureux sur toute la partie externe et en arrière de la malléole; un phlegmon circonscrit s'était développé dans la gaine des péroniers. Le lendemain, on fait entrer le malade au dispensaire des Enfants-Malades, où après chloroformisation malgré sa résistance, notre excellent collègue et ami le Dr Métanas-Zani incise le phlegmon, le draine en arrière de la malléole externe et au niveau du cinquième métatarse. Guérison rapide. L'orifice fistuleux du côté externe du pied par où le ver avait commencé à sortir se cicatrise et celui-ci ne reparait plus en ce point.

Le 4 janvier, il se montre au niveau de la petite exulcération siégeant dans le premier espace interdigital. Deux fois par jour, matin et soir,

après avoir fait plonger le pied dans l'eau froide (qui véritablement paraît avoir une action sur la sortie spontanée du ver), on l'enroule très lentement et très délicatement sans faire de traction forte ; on extrait ainsi à chaque séance de un à cinq et six centimètres du parasite. On peut évaluer à 35 ou 40 centimètres, la partie extraite de cette manière. Tout allait bien, aucune inflammation ne se produisait, grâce à des pansements antiseptiques, après chaque séance d'extraction, quand le 15 janvier, sous l'influence d'un mouvement brusque du pied (le malade a peut-être ressenti un peu de douleur), le ver est de nouveau cassé et ne peut être saisi de nouveau. Le lendemain, après chloroformisation, le trajet fistuleux est incisé ? on tombe dans un tissu cicatriciel lardacé ; le ver se distend comme un ressort et peut être saisi et enroulé de nouveau dans une étendue de 20 à 30 centimètres ; lotions et pansements antiseptiques. Tous les matins le pansement est renouvelé et on essaie d'enrouler le ver autour de la tige de bois ; on ne peut en extraire que de très petites quantités ; pendant la nuit, le malade défait son pansement et, en voulant procéder lui-même à l'extraction, casse le ver pour la troisième fois.

Comme le malade devait partir le 25 janvier pour le Dahomey, le 21 janvier, après chloroformisation, le Dr Métanas fait une nouvelle intervention ; incision dans le premier espace interdigital, contre-ouverture à la plante du pied. Lavages et drainage ; le ver n'est pas retrouvé. Deux jours après, le drain est enlevé et le 25 janvier le nègre peut être embarqué avec plaies en bonne voie de cicatrisation qui a été dirigée par le médecin du bord. Le malade est arrivé en bon état au Dahomey sans que le ver se soit montré de nouveau et sans qu'il se soit produit aucune complication inflammatoire.

La lecture de cette observation montre que l'extraction de la filaire de Médine par les procédés employés par les nègres est loin d'être facile, prompt et exempt d'accidents. Ce n'est pas en dix à quinze heures que dans notre cas elle a pu se faire, le malade a été en traitement pendant quatre ou cinq semaines, sans compter la durée de la traversée pour rentrer au Dahomey. Ce malade pourtant, était en France dans de bonnes conditions hygiéniques, le pied était immobilisé, des pansements antiseptiques étaient fait régulièrement. Au début nous avons laissé le nègre procéder lui-même à l'extraction, comme le font ses compatriotes. Nous avons vu que pour produire la sortie du ver, il plongeait fréquemment le pied dans l'eau froide. C'est un détail que nous n'avons trouvé signalé nulle part.

Malgré les tractions lentes et successives que le malade pratiquait pour enrouler sa filaire, elle s'est cassée une première fois ; cet accident a été suivi d'un phlegmon du pied et de la gaine des péroniers. Non traité chirurgicalement et antiseptiquement, cette complication aurait pu amener des désordres graves. Après l'incision et le drainage de ce phlegmon, le ver ne se montre plus sur les bords externes

du pied, mais va apparaître dans le premier espace interdigital au niveau d'un trajet fistuleux, consécutif à l'ouverture d'une bulle. En ce point pendant quelques jours l'extraction a été faite par des tractions successives très lentes ; mais malgré ces précautions, le ver s'étant cassé et ne sortant plus spontanément, on a été obligé de faire des incisions dans le premier espace interdigital et d'aller à sa recherche. La première fois on le retrouve dans un tissu cicatriciel et lardacé, il se détend brusquement comme un ressort et peut être enroulé. De nouveau cassé au bout de quelques jours, des incisions sont pratiquées dans l'espace interdigital et à la plante du pied ; il n'est plus retrouvé ; cicatrisation régulière des incisions sans que le ver ait reparu.

Grâce à l'antisepsie, il n'y a eu aucun accident ; mais en serait-il de même dans les pays tropicaux sur des troupes en colonne ? Assurément non ; aussi pourrait-on quand le trajet n'est pas tortueux, essayer d'y pousser une injection de sublimé qui tuerait l'animal et désinfecterait le conduit. Quand le trajet est tortueux, ce qui est malheureusement le cas le plus fréquent, le plus simple serait, quand le ver est cassé pendant que l'on procède à son extraction, de ne pas attendre l'éclosion d'accidents inflammatoires et d'aller à sa recherche, d'inciser largement la région qu'il occupe, la désinfecter et le tuer ainsi par les lavages antiseptiques. En procédant ainsi, on se mettrait à l'abri des accidents ordinairement observés de phlegmons circonscrits ou diffus, de suppurations prolongées, de lymphangites et quelquefois de gangrène et de mort.

Traitement du furoncle au début par les scarifications quadrillées suivies de l'application d'un pansement antiseptique humide.

Par M. LOUIS DUMONT (de Saint-Vaure).

Le furoncle constitue une affection très banale, un vulgaire bobo, mais particulièrement gênante et douloureuse, contre laquelle bien des médications et bien des topiques ont été essayés.

Nous avons eu l'idée — il y a une dizaine d'années de cela — d'employer le mode de traitement appliqué avec tant de succès par Vidal dans les affections chroniques de la peau, les scarifications linéaires multiples.

Au lieu de simples lignes parallèles nous avons pratiqué un quadrillage complet de scarifications distantes d'un à deux millimètres, intéressant tout le derme et dépassant légèrement la base de la papule furonculaire.

Ces scarifications peu douloureuses (il s'agissait pour la première fois d'un cas personnel) provoquent un soulagement immédiat par la déplétion sanguine à laquelle elles donnent lieu. On favorise cet écoulement sanguin en lavant soigneusement au moyen d'un tampon de coton hydrophile imbibé de sublimé au millième ou de toute autre solution antiseptique et on applique un pansement humide (sublimé ou acide phénique)(1). Dans la journée la sensation d'empâtement, la douleur disparaissent; le lendemain le furoncle est absolument indolore et n'est plus représenté que par une petite papule surmontée d'une croûte sanguine. On peut supprimer le pansement et abandonner la papule à l'air libre.

Fort de cet exemple personnel, nous avons depuis employé ce procédé dans une trentaine de cas (chez des militaires) et toujours avec succès: quelquefois il a fallu recourir à une seconde séance de scarification le lendemain, jamais à une troisième.

Toutefois une condition essentielle du succès est que le traitement soit institué dès le début, ce qui est facile, le diagnostic du furoncle s'imposant généralement par la douleur tout à fait caractéristique que la pression de la papule provoque et l'empâtement du derme avoisinant qui en résulte (2). Il est également indispensable de scarifier assez profondément, de manière à bien traverser le derme.

La supériorité de ce traitement très simple sur l'incision cruciale avec laquelle il a beaucoup d'analogie nous semble provenir de ceci: les scarifications déterminent une saignée relativement abondante qui entraîne le germe infectieux, et d'autre part, elles ouvrent une large surface d'absorption au topique antiseptique.

Note sur le traitement du psoriasis par les injections de calomel.

Par M. A. BERTARELLI (de Milan).

Un peu en retard, je viens de lire la communication que M. Brault fit à la Société française de dermatologie et de syphiligraphie, dans la séance du 9 juillet 1896, sur le *traitement du psoriasis par les injections mercurielles*. Cette communication me rappelle que,

(1) Nous avons toujours employé le sublimé au millième ou l'acide phénique à 2 p. 100.

(2) Les papules acnéiques se transformant en pustules (avec lesquelles on pourrait confondre) et donnent à la pression un peu de pus ou de sébum concrété, dont l'issue entraîne un soulagement immédiat et définitif.

moi aussi, en 1882, j'avais employé ce traitement, et précisément les injections de calomel, contre le psoriasis, si je ne me trompe, après le conseil du professeur Scarenzio. Je crois intéressant de communiquer à l'honorable Société les conclusions auxquelles j'étais arrivé en 1882 sur cet argument, maintenant que M. Brault a attiré l'attention des dermatologues sur cette nouvelle application des injections mercurielles.

Les malades que j'ai soumis à ce traitement furent seulement au nombre de deux : tous les deux présentaient un psoriasis très étendu. A l'un de ces malades j'ai pratiqué deux injections, chacune de 20 centigrammes de calomel, aux bras, comme l'on faisait alors habituellement, selon la méthode pure de Scarenzio ; à l'autre, j'en ai pratiqué trois, dans la même région, et à la même dose. Entre une et l'autre injection j'ai toujours mis un intervalle de vingt jours.

Chez mes deux malades aucune amélioration ne suivit ce traitement ; au contraire, l'un d'eux, peu de jours après une de ces injections, présenta au bras droit, à l'endroit où la piqûre avait été faite, et où la peau était auparavant parfaitement saine, normale, une tache rouge, de forme ovale, de 8 centimètres de longueur, de 5 de largeur, laquelle, petit à petit, s'épaissit, puis se recouvrit de squames grisâtres, présenta en somme tous les symptômes d'un placard de psoriasis.

Ces deux insuccès absolus me persuadèrent que le mercure, administré à l'intérieur, n'a aucune action sur le psoriasis, tandis qu'il s'est montré quelquefois utile, chez mes malades, appliqué à l'extérieur sous forme de bains au sublimé corrosif ; et dès lors, moi, qui emploie dans ma pratique, soit en ville, soit à l'hôpital, presque toujours le traitement hypodermique, et plus fréquemment avec le calomel, contre la syphilis, depuis 14 ans, je n'ai plus voulu recourir à ce moyen de traitement dans le psoriasis.

Et maintenant je vois avec satisfaction que, bien que, ayant expérimenté avec plus de confiance et de persévérance que moi, et avec des résultats meilleurs que les miens, M. Brault lui-même croit ne pas devoir continuer ce mode de traitement contre le psoriasis.

Sur un mode non décrit d'intoxication arsenicale.

Par M. A. VÉRITÉ.

Observateurs exacts des prescriptions du médecin pour les granules d'acide arsénieux ou les gouttes de Fowler, les malades sont

moins scrupuleux si l'arsenic est ordonné sous forme d'eau minérale naturelle. Aussi, les signes d'intoxication ne sont pas très rares après l'ingestion de l'eau arsenicale de la Bourboule, à la station thermale ou à domicile. Ils éclatent d'ordinaire du côté des voies biliaires. Vomissements, diarrhée fréquente, sensibilité de la région hépatique, augmentation du volume du foie, retour de coliques hépatiques disparues parfois depuis longtemps, tels sont les symptômes qui, à des degrés divers, depuis la simple inappétence jusqu'à une sorte de choléra arsenical, s'observent chez les malades intoxiqués.

Le pouls augmente de fréquence et le malade accuse une sensation de froid, en désaccord avec l'élévation de sa température. Cette fièvre est souvent consécutive aux troubles gastro-intestinaux, cesse avec eux et n'est pas directement due à l'arsenic. Il faut craindre aussi d'attribuer à ce médicament une élévation de température due à la maladie qui l'a fait prescrire.

Cette crainte n'existait pas chez le jeune G..., 9 ans, qui n'était qu'occasionnellement à La Bourboule pour accompagner son frère, que m'y adressait M. le professeur Jaccoud. Je fus appelé, un soir de juillet, auprès de lui; je le trouvai un peu prostré; le pouls battait 130 pulsations; la température dépassait 40°. Cet état durait depuis la veille. La soudaineté de ces phénomènes, l'absence de prodromes éloignaient l'idée d'une fièvre continue; il n'avait pas d'ailleurs d'aspect typhoïde. L'examen des organes ne décelait rien; l'enfant se plaignait peu de la tête et du ventre. J'appris qu'arrivé depuis trois jours, un médecin l'avait vu et avait prescrit deux quarts de verre d'eau arsenicale, source Choussy-Perrière, chaque jour, et une irrigation nasale de dix minutes de durée.

L'eau minérale représentait 2 milligr. 1/2 d'arséniate de soude du Codex, en boisson. C'était insuffisant pour expliquer une telle fièvre.

Je m'enquis sur la manière dont avait été prise l'irrigation nasale. J'appris que notre jeune malade avait fermé la bouche au lieu de l'ouvrir et de respirer largement pendant la douche de Weber. L'eau minérale, au lieu d'entrer par une narine et de sortir par l'autre, avait été ingérée.

L'enfant avait pris une dose d'arsenic difficile à préciser, mais que je ne crois pas inférieure à 1/2 centigramme, correspondant à 2 centigrammes d'arséniate de soude du Codex. J'ordonnai un lavement émollient et du lait.

Le lendemain matin la température tombait à 38°,5, pour remonter le soir à 40. Je fis cesser le sulfate de quinine qui avait été prescrit et je donnai un purgatif salin. La fièvre diminua rapidement, mais notre jeune malade fut faible plusieurs jours.

La chaleur et l'acide azotique avaient montré un nuage dans l'urine; je continuai le lait, un litre par jour.

A la même époque, M. Lancereaux faisait à l'Académie de médecine une très intéressante communication sur les *Dangers de la médication par l'arsenic* (1) dans laquelle il note la fièvre parmi les symptômes d'intoxication arsenicale.

Dans le *Bulletin* du 22 septembre suivant, M. Lancereaux complète cette communication par l'analyse chimique des urines des malades dont il a rapporté les observations.

Cette analyse a donné par la méthode de Marsh, avec vérification, des taches montrant la présence de traces d'arsenic dans l'urine, « bien que l'emploi de cette substance ait été cessé depuis près de « cinq mois » (Lancereaux).

En cas d'intoxication par l'arsenic il faut donc en cesser l'administration et ne la reprendre que plusieurs mois après et avec prudence pour en éviter l'accumulation.

On devra surveiller de très près la manière de donner la douche de Weber avec une solution d'arséniate de soude, puisque c'est un mode possible d'intoxication arsenicale.

Arthropathies syphilitiques.

Par M. DANLOS.

(Observation recueillie, par M. HERRENSCHMIDT, interne du service.)

Charles B..., 34 ans, musicien. Entré le 4 novembre 1896, à Hillairet, n° 4.

Antécédents héréditaires. — Pas lieu de soupçonner la syphilis chez ses parents.

Antécédents personnels. — A eu la rougeole comme enfant. A fait 5 ans de service militaire et n'a eu pendant cette période aucun accident pouvant rappeler la syphilis.

De 23 à 27 ans, a vécu avec une femme dont il a eu 4 enfants: 2 sont morts d'atropsie.

Blennorrhagie en 1894 ayant duré 1 mois et demi.

Début. — Entre à Saint-Louis en février 1895. On constate à cette époque des syphilides papulo-tuberculeuses, acnéiques et de l'ecthyma, et une périostose pariétale, mais pas de plaques muqueuses génitales ou buccales, pas de syphilis palmaire ou plantaire, pas de céphalée ni d'alopécie. La recherche de l'accident primitif pratiquée par M. Danlos reste infructueuse.

Pendant son séjour à Saint-Louis se déclarent des céphalées à prédominance nocturne et d'une intensité extrême, des arthralgies au niveau

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, Séance du 21 juillet 1896.

des deux genoux et des deux coudes suivies rapidement de tuméfaction et d'hydarthrose. Les lésions ont toujours été prédominantes à droite.

Soigné par frictions mercurielles de IK, il part au mois de juin pour Vincennes, presque guéri.

Suit une période de 4 mois pendant lesquels le malade s'est bien porté; il a pu marcher sans le secours d'aucune canne.

Revient à Hillairet en octobre 1896, pour son coude droit. Tuméfaction considérable de la région, ressemblant, dit le malade, aux lésions actuelles.

Traitement: frictions iodure de potassium et bains sulfureux. A sa sortie le bras pouvait s'étendre presque complètement.

En janvier 1896 revient à Hillairet pour une gomme localisée à la tête du péroné droit et au creux poplité. Reste un mois à l'hôpital.

Depuis cette époque le malade n'a éprouvé que de temps à autre quelques douleurs articulaires qui cédaient au bout de quelques jours à l'iodure de potassium.

Depuis juillet 1896, le coude droit s'est tuméfié lentement et progressivement; les mouvements se sont limités de plus en plus.

Depuis les derniers jours d'octobre le genou et le coude gauche se prennent à leur tour et décident le malade à revenir à Saint-Louis, le 5 novembre 1896.

État actuel, 8 novembre 1896. — 1° *Lésions cutanées*. — Cicatrices d'ecthyma siégeant particulièrement aux membres inférieurs où elles ont la dimension d'une pièce de 0 fr. 50 à 2 francs. Quelques cicatrices semblables mais lenticulaires sur les fesses, les lombes et le dos.

En outre 3 cicatrices de la dimension environ de la paume de la main; deux d'entre elles, à la cuisse et à la fesse gauche, semblent dues à des pustules d'ecthyma devenues confluentes; mais jamais leur guérison n'a été durable. Des pustules suivies de croûtes y ont toujours siégé et en ont peu à peu augmenté l'étendue. Actuellement on y constate des ulcérations à bords peu élevés, reposant sur une induration très superficielle, et entourées d'une zone inflammatoire bien marquée à la fesse surtout. La 3^e cicatrice siége au creux poplité droit, les ulcérations y sont plus indurées et plus profondes et donnent plutôt l'idée d'une gomme que celle de l'ecthyma. Aucune plaque muqueuse buccale, pas d'alopécie.

2° *Lésions osseuses et articulaires*. — *A la tête*. — Le malade présente deux périostoses de la dimension d'une pièce de 5 francs chacune, l'une au niveau de la bosse pariétale droite, l'autre de la bosse frontale du même côté. Ces périostoses sont caractérisées par une légère saillie dépassant les parties voisines de 2 ou 3 millim. à peine, mais suffisante pour gêner le malade lorsqu'il veut mettre une coiffure rigide. Leur centre est fluctuant et autour on sent un léger bourrelet. Cette exploration est douloureuse pour le malade; on détermine, en outre, une douleur exquise en palpant la partie culminante de la périostose pariétale. Ces périostoses ne sont le siège d'aucune rougeur; mais la température locale y est plus élevée au dire du malade. Cette absence de rougeur se retrouve au niveau des lésions articulaires.

Coude droit. — L'avant-bras est à angle droit sur le bras, l'articulation est

globuleuse et cette déformation frappe d'autant plus, qu'il y a une atrophie considérable des muscles du bras. Les muscles de l'avant-bras sont moins atrophiés. Cette tuméfaction blanche est sillonnée de quelques veinosités. La température locale y est plus élevée.

A la palpation, intégrité du radius et du cubitus. Toutes les lésions semblent porter sur l'épiphyse inférieure de l'humérus, et tandis que l'épitrôchlée est à peine tuméfiée, il existe à la partie postéro-externe de l'articulation une saillie osseuse du volume d'une mandarine qui semble dépendre de l'épicondyle.

Cette saillie masquée en arrière l'articulation radio-humérale.

Autour de cette saillie il y a un léger empâtement des parties molles, un peu fluctuant par places et éveillant plutôt l'idée d'une hydarthrose que de fongosités.

Pas de douleurs spontanées. Les douleurs provoquées par la palpation sont tolérables, sauf au point central de la tuméfaction où le contact du doigt provoque une douleur très vive.

Les mouvements de flexion et d'extension sont limités à un angle de 10 à 12° environ et sont moins entravés par la douleur que par un obstacle mécanique.

Les mouvements de pronation et de supination sont presque complètement conservés; ils déterminent une crépitation perceptible au niveau de la tête radiale.

Signalons l'hypertrophie des ganglions épitrôchléens et d'un ganglion à la face interne des bras.

Coude gauche. — Tuméfaction siégeant au niveau de l'olécrâne.

La palpation montre que le radius et l'humérus sont sains; la tuméfaction est uniquement développée aux dépens de l'olécrâne, elle est du volume d'une grosse noix et présente un point central déprimé où existe de la fluctuation.

C'est aussi ce point le plus douloureux; ailleurs la douleur est très supportable.

Pas de fluctuation au voisinage de l'hyperostose, pas de craquements articulaires.

La pronation et la supination sont intégralement conservées, de même que la flexion, mais l'extension ne peut être complète.

Pas de ganglion épitrôchléen notable.

L'atrophie musculaire est moins marquée que du côté opposé.

Main gauche. — Tuméfaction à la face dorsale, au niveau du premier métacarpien; rien à la paume.

A la palpation, on constate une hypertrophie générale du premier métacarpien, mais prédominante en son milieu et donnant ainsi l'idée d'un fuseau.

Les os voisins sont absolument sains.

Les mouvements de l'articulation métacarpo-phalangienne sont douloureux, ceux de l'articulation médio-phalangienne sont libres. — Le malade peut fermer le poing; mais ne peut le serrer à cause de la douleur et de l'atrophie musculaire.

Genou droit. — Tuméfaction générale de l'articulation particulièrement marquée à sa face interne.

À la palpation, point douloureux sur le bord inférieur du condyle interne.

Un peu d'hydarthrose.

Les mouvements sont conservés, mais gênés par la douleur, pas de crépitation.

Un peu d'atrophie des muscles de la cuisse.

À son entrée le malade présentait des céphalées en casque plus marquées à droite.

Elles ont considérablement diminué actuellement.

Aucun signe de syphilis viscérale.

L'état général est peu satisfaisant : pâleur, faiblesse, inappétence.

Traitement. — Deux, puis trois cuillerées à soupe d'un sirop contenant par cuillerée : 1 centigr. de biiodure de IK, 2 gr. g.

Les points les plus intéressants à relever dans cette observation sont :

1° Le défaut de constatation du chancre initial;

2° La gravité de la syphilis qui depuis deux ans a multiplié ses coups d'une manière presque incessante, frappant d'une façon exclusive la peau et le système ostéo-articulaire, à l'exception des muqueuses qui ont toujours été respectées;

3° Les trois poussées d'arthropathies. La première (mars 1895), développée en même temps qu'une syphilide varioliforme généralisée, a revêtu l'apparence d'un rhumatisme polyarticulaire subaigu (tuméfaction, hydarthrose).

La deuxième (octobre 1895) avait plutôt le type d'arthrite déformante.

C'est celui qu'elle affecte d'une manière très caractérisée dans la manifestation actuelle (novembre 1896).

Les lésions du coude droit sont si accusées, qu'à un examen superficiel, en raison de l'atrophie musculaire, de la déformation et de l'attitude demi-fléchie, on pourrait croire à une tumeur blanche. L'absence de fongosités, d'attitude fixe rendent la différenciation facile. En raison du caractère des déformations on aurait pu songer à une arthrite déformante blennorrhagique ou à la forme exceptionnelle de rhumatisme chronique, qui s'attaque exclusivement aux grandes jointures. L'absence de blennorrhagie ne permet pas de s'arrêter à la première idée; quant à la seconde, le défaut de douleurs au repos, la rapidité d'évolution, la répartition des lésions qui au lieu de frapper la totalité de l'article comme dans le rhumatisme, se concentrent sur une partie des extrémités osseuses (épicondyle à droite, olécrâne à gauche), en envahissant la diaphyse, suffiraient pour la rejeter. Ajoutons enfin, que si un doute pouvait persister sur l'interprétation,

les conditions de développement du mal toujours accompagné de syphilides et de périostoses, et l'effet du traitement spécifique qui deux fois déjà a fait complètement justice des lésions, lèveraient toute incertitude.

Erythrodermie exfoliante de nature probablement mycosique.

Par M. DANLOS (deuxième présentation).

(Observation prise par M. HERRENSCHMIDT.)

Eugène C..., 64 ans, ébéniste, entré le 14 octobre 1896, à Hillairet, n° 21.

Antécédents héréditaires. — Les parents sont morts âgés et jusque dans leur vieillesse ont été bien portants. Pas de tare pathologique à relever dans sa famille.

Antécédents personnels. — Gourmes, rougeole comme enfant, quitte la province à 17 ans, pour venir à Paris.

Marié à 26 ans, n'a pas eu d'enfants.

Le malade a toujours été fort buveur de vin (quatre litres en moyenne par jour) et a eu autrefois des crampes dans les mollets, des cauchemars. Ces phénomènes ont disparu depuis le long temps que le malade est au régime.

Début. — Vers l'âge de 58 ans, le malade a eu entre les cuisses des démangeaisons accompagnées de rougeur et d'un léger suintement. La maladie subissait des poussées et parfois disparaissait pendant plusieurs mois pour reparaitre ensuite.

Mais les poussées devenant de plus en plus intenses, le scrotum, la face interne des cuisses furent le siège d'un œdème assez dur, dans le cours de 1895.

Peu après apparurent entre les doigts des rougeurs avec boutons, dit le malade.

Toutes ces lésions ont toujours été prurigineuses, mais il ne semble pas y avoir eu à aucune époque de vésicules.

En août 1895 le malade fut obligé de s'aliter, tout son corps devenant le siège d'un œdème rouge et luisant, que sa femme compare à un érysipèle généralisé. Prurit intense avec suintement considérable et fièvre.

Cette poussée dura 15 jours environ, puis au suintement succéda une desquamation à grandes squames. Même après la première poussée la peau ne reprit plus sa coloration normale.

Une nouvelle poussée succéda bientôt à la première et ainsi de suite jusqu'au mois de décembre 1895 où le malade entra à Saint-Louis pour la première fois.

On constata une rougeur générale de la peau avec teinte violacée aux

maines et aux membres inférieurs, une exfoliation en larges écailles séparées par des sillons curvilignes ; un épaissement et une infiltration du derme ; par suite de l'amaigrissement, un plissement de la peau devenue trop large ; une tuméfaction œdémateuse des extrémités digitales avec intégrité des ongles ; une chute partielle des poils de la barbe et des cheveux ; un suintement léger par les fissures intersquameuses, aux aisselles et aux aines, un engorgement ganglionnaire, indolent et aplegmastique.

État général bon, malgré l'amaigrissement, l'inappétence. Prurit intense ; pas de lésions viscérales.

Trois semaines après son entrée à l'hôpital, le malade avait engraisé ; son prurit avait diminué.

Plus de suintement ni d'exfoliation. Persistance peut-être plus intense de la rougeur. La couleur violacée avait tourné au noir dans les parties déclives.

En quelques points du corps et du crâne on constata des plaques passagères d'œdème.

Le malade à cette époque (janvier 1896) fut présenté à la Société de dermatologie avec le diagnostic d'érythrodermie exfoliante.

Depuis, il a subi des poussées nouvelles, les forces et la santé générale ont baissé peu à peu. C'est dans cet état qu'il est revenu à Saint-Louis, le 14 octobre 1896.

A son entrée dans le service, le malade est en pleine poussée. Son *état général* est mauvais, inappétence complète ; le soir la température monte à 38°,5, le matin 37°,7.

Il répond mal aux questions qu'on lui pose.

Ce qui caractérise surtout cette poussée, c'est un *suintement* abondant extrêmement prurigineux.

Quand on découvre le malade, il s'échappe de dessous les draps un nuage de vapeur d'une odeur forte.

Le malade est traversé. Le suintement est général mais prédominant dans le pli interfessier et la région scrotale.

Les parties exposées à l'air sont le siège d'une *desquamation* à petites squames ; ainsi le cuir chevelu, la face, les membres supérieurs quand le malade se découvre.

La *coloration* fondamentale de la peau est rouge violacé. Elle passe jusqu'au noir dans les points qui suintent le plus. Le visage est brun foncé. Le cuir chevelu est pris également.

Il existe par places, surtout aux genoux, aux fesses, des *zones dépigmentées* à limites nettes où la peau est simplement rouge.

Ces plaques ont une forme très irrégulière et varient de la dimension d'une lentille à celle de la paume de la main. On trouve d'ailleurs des plaques de transition où la couleur est intermédiaire entre le rose et la couleur violette générale.

La palpation dénote un *épaississement du derme* avec lichénification. A la face interne des cuisses, il y a en outre dans le derme des *nodosités* indolores, du volume d'une lentille ou d'une groseille. Ces nodules sont

d'ailleurs très mal limités et se confondent insensiblement avec le derme épaissi tout autour d'eux.

D'une façon générale, la peau paraît trop ample pour le malade amaigri et forme *des plis* au cou et aux jointures.

Le *système pileux* est malade également ; au cuir chevelu existent des aires circulaires rappelant l'aspect de la pelade ; les cheveux qu'on y trouve sont grêles et décolorés.

En ces points le cuir chevelu lui-même est dépigmenté.

Une plaque analogue existe à la barbe qui dans son ensemble est d'ailleurs très peu fournie.

Les sourcils, les cils sont tombés en partie.

Aux aisselles, à peine quelques poils follets ; un léger duvet au pubis ; partout ailleurs la peau est glabre.

Les *ongles* ne sont pas malades, mais soulevés dans leur partie libre par un bourrelet corné et polis par le grattage perpétuel que le malade exerce sur son corps. C'est un grattage léger, mais ininterrompu et irréflechi.

La *langue* est comme desquamée à la pointe et ses papilles en paraissent plus saillantes.

Rien aux gencives ni aux conjonctives.

La *sensibilité* est obtuse et retardée.

Aucune lésion viscérale.

Urines normales.

Depuis son entrée à l'hôpital, l'état général du malade s'est relevé. Néanmoins sa courbe thermique après être retombée à la normale a subi une nouvelle ascension accompagnée encore de suintement et d'une exagération de prurit ; mais cette poussée n'a duré que 5 jours environ.

Actuellement (9 novembre 1896), le malade est apyrétique ; dans l'espace de 12 jours, il a engraisé de 1 kilogr.

Le *suintement* n'existe plus qu'au scrotum et la *desquamation* est localisée au cuir chevelu.

La *coloration*, presque brun clair à la partie supérieure du tronc, est restée violette à l'abdomen et aux lombes.

Aux membres supérieurs, elle devient plus foncée de haut en bas ; les aines sont presque violettes et la coloration s'atténue vers les pieds.

Le scrotum et le pli interfessier sont presque noirs.

La face a une coloration marron clair. Depuis l'entrée du malade les *zones de dépigmentation* ont augmenté de dimensions ; certaines d'entre elles atteignent actuellement la grandeur de la main ; leur nombre s'est multiplié ; mais on ne les rencontre toujours que sur les membres inférieurs, les fesses et la région sacrée. Après la chute de la fièvre, l'épaississement de la peau semble avoir un peu diminué et les petits *nodules* intradermiques dégagés de l'œdème, ont paru augmenter de nombre et de volume. Certains d'entre eux ont atteint la dimension d'un gros pois, et leurs contours sont devenus plus nets ; mais depuis une dizaine de jours ils diminuent rapidement et leurs limites s'effacent. Nombre d'entre eux sont en voie de régression rapide.

On a pu constater à la partie postérieure du crâne, l'apparition de deux *plaques d'œdème* de la dimension d'une pièce de 2 francs.

Elles ont cédé spontanément dans l'espace de 4 à 5 jours.

Le traitement a été purement local, le malade a été graissé journellement à la vaseline.

Les faits les plus saillants à relever dans l'évolution de cette érythrodermie de janvier à novembre, sont l'altération progressive de l'état général qui semblait, au moment de l'entrée, véritablement inquiétant et l'apparition des nodules temporaires signalés dans l'observation. Ils semblaient confirmer l'hypothèse que j'avais émise lors de la première présentation, sur la nature de ce cas considéré comme un fait de transition entre la lymphodermie pernicieuse et le mycosis. Toutefois l'aspect des petites tumeurs cutanées, analogues à de grosses papules cadiques, dont elles ne se distinguaient que par leur pénétration plus profonde dans le derme, ne nous paraissant pas absolument caractéristique, nous avons dû recourir à l'examen microscopique que M. Leredde a eu l'obligeance de pratiquer. Ainsi qu'on le verra dans la note ci-jointe de M. Leredde, l'histologie a révélé, à quelques différences près, la nature mycosique de la petite tumeur enlevée et l'examen du sang a montré une leucocytose intense : 112,500 globules blancs par millimètre carré, double constatation à l'appui de notre hypothèse. Sous certains rapports, le cas précédent se rapproche de celui dont R. Krefting a publié dans les *Annales de dermatologie*, décembre 1895, l'intéressante observation.

Note de M. LEREDDE sur l'examen du sang et la tumeur biopsiée sur le malade précédent.

La biopsie a été faite au moment où les nodules dermiques atteignaient leur volume maximum : elle a porté sur un nodule de l'avant-bras de la grosseur d'un pois, intra-dermique, sans rougeur limitée, ni excoriation superficielle. Fixation dans le sublimé acide, inclusion dans la paraffine.

A un faible grossissement, on constate :

a) Un épaissement, inégal, mais toujours notable de la couche cornée.

b) Le corps muqueux pousse dans le derme de longs prolongements. Entre eux les papilles, minces et hautes également, sont à leur sommet moins distantes de la surface épidermique qu'à l'état normal.

c) Il existe une infiltration cellulaire considérable du derme, envahissant la région papillaire et sus-papillaire dans son ensemble, cloisonnée du reste à ce niveau, pas de travées conjonctives, qui la décomposent en foyers arrondis à centre vasculaire et formant dans la profondeur du derme des foyers généralement élargies les uns des autres. Cette infiltration cellulaire est peu serrée et il est facile de reconnaître l'existence d'un réticulum.

d) Il existe de larges fentes vasculaires en de nombreux points du derme

e) Les glandes sudoripares sont dilatées.

Nous analyserons d'abord les caractères de l'infiltration dermique, qui paraît la lésion principale.

Partout où elle existe on constate la présence d'un réticulum.

La dissociation du tissu conjonctif est poussée à son maximum dans les papilles, la région sus-papillaire et les amas cellulaires arrondis de la profondeur : on ne voit plus que des fibres fines, courtes, unies les unes aux autres et seulement près des vaisseaux des fibres plus volumineuses qui s'insèrent à leur paroi ; en général celle-ci est dense, plus épaisse qu'à l'état sain. Dans la profondeur du derme, là même où l'infiltration cellulaire est à son minimum, on constate une tendance à la dissociation, rarement on rencontre les gros faisceaux conjonctifs normaux ; les plus épais sont réduits au tiers de leur volume normal. Les cellules insérées sur le réticulum sont séparées les unes des autres par des espaces libres ; il existe donc un œdème prononcé.

Les caractères cytologiques des éléments qui forment l'infiltration dermique sont les suivants :

La plupart sont des plasmazellen, de toutes dimensions, les unes très petites, les autres volumineuses, d'autres à deux, même trois noyaux.

Dans les foyers, mêlées aux plasmazellen on constate des cellules conjonctives, à gros noyau, à protoplasma étalé. Enfin, surtout à la périphérie des foyers, on constate des cellules éosinophiles en nombre modéré.

Certains foyers contiennent des leucocytes polynucléaires nombreux, d'autres n'en contiennent presque aucun.

Dans les couches sous-papillaires surtout on constate la présence de granulations pigmentaires réunies en amas polygonaux ou allongés, à prolongements multiples ; granulations volumineuses de couleur ocre, légèrement colorées par les couleurs basiques ; les amas sont parfois pourvus d'un noyau allongé, clair.

Enfin il faut signaler, soit dans les amas cellulaires, soit plutôt en dehors d'eux, de nombreuses mastzellen.

Les vaisseaux de tout calibre sont généralement dilatés, surtout les veines qui forment les fentes que l'on observe à un faible grossissement. Il faut remarquer la prolifération des cellules endothéliales qui s'accumulent les unes près des autres, limitant la lumière des vaisseaux.

Les lésions épidermiques n'offrent pas grand intérêt. Les cellules du corps muqueux sont larges ; on constate dans la couche basale plus de karyokinèse qu'à l'état normal, *jamais de pigment*. Il n'existe pas de couche granuleuse. La couche cornée toujours épaisse l'est extrêmement en certains points ; à leur niveau seulement elle contient de la graisse. On n'y trouve pas de noyaux aplatis.

Les glandes sébacées ont disparu.

Quant aux glandes sudoripares, elles sont remarquables par leur dilatation tant dans leur portion sécrétante que dans leur portion excrétrice. Les cellules de sécrétion sont larges, œdémateuses et ne contiennent pas de graisse. Du reste, il n'en existe pas dans la profondeur du derme, quoique la biopsie ait été faite profondément,

Nous avons laissé de côté les lésions du tissu élastique ; on trouve en grand nombre dans le derme des fibres allongées, qui prennent les couleurs d'aniline basiques. Mais on sait que cette lésion est habituelle dans la peau sénile (Unna).

Examen du sang : Globules rouges 3,350,000.

Globules blancs 112,500.

Étude qualitative des globules blancs :

31 polynucléaires.

Sur 100 leucocytes : 32 mononucléaires et lymphocytes.

37 éosinophiles.

Nous devons maintenant comparer les résultats fournis par l'examen histologique de la peau et l'étude hématologique à ceux qui avaient été obtenus en janvier 1896, époque où le malade fut présenté à la Société de dermatologie.

Au point de vue histologique, il n'existe pas de différences bien importantes. Les éléments cellulaires qui forment l'infiltration sont à peu près les mêmes, les plasmazellen sont plus nombreuses, mais je n'avais pas autrefois une connaissance assez précise des caractères de ces éléments pour affirmer que je ne me suis pas trompé en notant seulement leur présence en quelques points. Dans les lésions actuelles, il est évident qu'elles forment la majeure partie des cellules qui constituent les amas dermiques, que ces amas sont des plasmomes au sens que leur donne Unna. Je dois encore noter la présence de leucocytes polynucléaires dans quelques-uns de ces amas, sans que l'épiderme soit ouvert, sans qu'il en existe dans le corps muqueux.

Le réticulum est encore plus apparent qu'autrefois.

En somme, les lésions cutanées sont plus intenses qu'elles n'étaient jadis, mais leur structure essentielle est la même.

Elles ne se distinguent des lésions du mucosis fongoïde que par trois points : la présence de cellules polynucléaires, d'éosinophiles et d'amas pigmentaires.

La présence d'éosinophiles et même de polynucléaires se rattache aux lésions sanguines sur lesquelles nous allons revenir, et qui n'existent pas, elles, dans le mycosis tel que nous le connaissons.

L'existence d'une pigmentation intense n'est pas connue non plus dans le mycosis, mais nous avons vu dans le service de M. Quinquaud un exemple remarquable de mycosis à type pigmentaire, dont l'observation n'a malheureusement pas été publiée, croyons-nous. Le diagnostic, incertain au point de vue clinique en raison de la pigmentation seule, a été prouvé dans ce cas par l'étude histologique.

Les lésions sanguines, depuis le mois de janvier 1896, se sont beaucoup aggravées ; la leucocytose est devenue manifeste (112,500 globules blancs), il existe environ quinze fois plus de globules blancs par millimètre cube qu'à l'état normal. Les éosinophiles sont 270 fois plus nombreux que chez un sujet sain, les lymphocytes et les mononucléaires 15 fois et les polynucléaires 7 seulement. En somme, il existe aujourd'hui un état leucémique incontestable.

Les rapports du mycosis fongoïde et de la lymphadénie paraissent

aujourd'hui beaucoup plus incertains qu'autrefois. L'existence du réticulum, sur laquelle on fondait le rapprochement de ces affections et qui permettait de classer le mycosis sous le titre de lymphadénie cutanée, n'a plus la même valeur depuis que l'on sait qu'il s'observe dans de nombreuses inflammations de la peau.

L'étude clinique ne permet aucune conclusion, parce qu'on ne connaît pas de coexistence du mycosis et de la lymphadénie viscérale.

L'étude histologique des lésions lymphadéniques n'est pas assez avancée pour permettre, si l'on conteste l'importance du réticulum dans le mycosis, de les identifier aux lésions de celui-ci.

L'étiologie du mycosis est aussi obscure que celle de la lymphadénie.

Mais les rapports du mycosis et de la lymphadénie deviendraient certains, si l'on établissait l'existence possible d'altérations leucémiques du sang dans le mycosis, comme il peut en exister dans la lymphadénie.

C'est ce qui fait l'importance du cas actuel. On rencontre dans la peau les principales lésions du mycosis fongode et dans le sang les lésions de l'état leucémique.

M. le Dr ASSELBERGS, de Bruxelles, envoie une observation accompagnée de deux photographies d'un cas d'infiltration éléphantiasique de tout le membre inférieur gauche chez une malade syphilitique, et dans lequel l'action des injections de calomel fut aussi rapide qu'heureuse. — (Note déposée dans les Archives.)

Nomination d'une Commission chargée de rechercher les réformes à introduire dans les services de syphilitiques, pour y prévenir la contamination hospitalière.

Ont été nommés : MM. FOURNIER, MAURIAC, BALZER, RENAULT, BARTHÉLEMY.

Le Secrétaire,

LOUIS WICKHAM.

SÉANCE DU 10 DÉCEMBRE 1896

Présidence de M. Ernest Besnier.

SOMMAIRE. — A propos du procès-verbal : Sur des nodules intra-dermiques du mycosis fongolde, par M. WICKHAM. — Éruption ano-vulvaire syphiloïde, par M. H. FEULARD. — Troisième note sur un nouveau cas de mycosis, par M. HALLOPEAU. — Deuxième note sur l'affection dite *folliclis*, par MM. HALLOPEAU et BUREAU. — Des tuberculides cutanées, par M. DARIER. (Discussion : MM. HALLOPEAU, WICKHAM, DARIER, A. FOURNIER, FEULARD, BARTHÉLEMY.) — Lipomes symétriques généralisés, par M. DU CASTEL. — Ecthyma scrofuleux, par MM. GASTOU et EMERY. (Discussion : MM. A. FOURNIER, SABOURAUD, GASTOU.) — Dermatitis herpétiformes et pemphigus foliacés au point de vue éosinophilique, par MM. H. HALLOPEAU et LAFFITE. — Un cas de folliclis, par M. DANLOS. — Vitiligo avec taches d'aspect insolite et érythème induré, par M. DANLOS. (Discussion : MM. DARIER et BARTHÉLEMY.) — Dystrophies dentaires hérédosyphilitiques, par MM. GASTOU, GOSSELIN et CHOMPERT. (Discussion : MM. A. FOURNIER, THIBIERGE, VÉRITÉ, BARTHÉLEMY.) — Ulcération phagédénique du pavillon de l'oreille ayant envahi les régions mastoïdienne et temporale, par M. HERMET. — Syphilis tertiaire mutilante, osseuse et cutanée ; gomme géante du mollet, par MM. CHARRIER et RENON. (Discussion : MM. A. FOURNIER, BESNIER et FEULARD.) — Syphilis acquise chez un hérédosyphilitique, par M. LE PILEUR. (Discussion : MM. A. FOURNIER, BARTHÉLEMY, WICKHAM.) — Sur le traitement de la syphilis par les injections de salicylate de mercure, par M. HALLOPEAU. (Discussion : M. BARTHÉLEMY.) — Sur l'importance clinique du chancre mixte, par M. CH. AUDRY. — Une seringue à vis micrométrique pour le dosage exact des injections d'huile grise, par M. LE PILEUR. — Note sur l'ulcère des pays chauds, par M. Louis DUMONT. — Un cas de maladie de Friedreich d'origine syphilitique, par M. DREYER-DUFER.

Ouvrage adressé à la Société.

ALESSANDRO COVA. — *Cotributo alla cura del psoriasi per mezzo della tiroide*. Thèse, Milan, 1896.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

Sur des nodules intradermiques non saillants, à surface plane, faisant corps avec l'épiderme, rencontrés dans le mycosis fongoïde.

Par M. WICKHAM.

Dans la dernière séance de la Société de dermatologie, MM. Danlos et Leredde ont rapporté, sous le nom d' « érythrodermie exfoliante de nature probablement mycosique », une observation dans laquelle ils décrivent des nodules intradermiques. Ces nodules, examinés histologiquement par M. Leredde, se sont trouvés être de nature mycosique. Cliniquement, ils sont indiqués comme analogues à de grosses papules cadiques indolores, du volume d'une lentille ou d'un pois, à contours plus ou moins nets, et intradermiques.

Les auteurs rappellent, à ce propos, l'observation de Krefting, publiée aux *Annales de Dermatologie*, en décembre 1895.

Nous croyons devoir insister sur une observation que nous avons faite antérieurement en 1894 au sujet de nodules à caractères cliniques spéciaux dans le mycosis fongoïde et dont la description a été publiée dans la thèse de Paris de Malherbe, 1895 : *Du mycosis fongoïde*, page 80.

A ce propos, on nous permettra de rappeler au souvenir des dermatologues cette thèse fort intéressante qui, inspirée par M. Brocq, contient plusieurs faits inédits et peu connus.

A la page 81, sous l'épithète « petites tumeurs particulièrement enchâssées dans le derme », à l'occasion d'une observation de mycosis fongoïde, se lisent les lignes suivantes :

On constate au bras gauche deux petites tumeurs particulières, une autre sur l'épaule gauche et deux autres sur la face interne de l'auriculaire droit. Ces petites tumeurs ont un aspect très spécial et ne paraissent pas avoir été décrites dans le mycosis fongoïde. La malade les connaît fort bien. Elles remontent à 15 ans ; elles n'ont pas progressé depuis leur apparition et semblent avoir débuté à la même période que la grande tumeur qui existe à la cuisse droite.

Au niveau de ces éléments, l'épiderme est lisse, tendu et déprimé. Pris entre les doigts, ils donnent la sensation de petites nodosités dures, comparables à des grains de plomb de gros calibre coupés par la moitié et enchâssés dans le derme, adhérents à l'épiderme par la face plane.

Ajoutons que ces nodules étaient indolores ; qu'à leur niveau, l'épiderme était sec, non squameux et ne pouvait être plissé. La coloration était légèrement rose et les bords bien limités. Le doigt, pro-

mené sur la peau à leur niveau, ne rencontrait aucune saillie. *A mesure des progrès de la cachexie, ces petites tumeurs diminuent et, un mois avant la mort, elles avaient presque totalement disparu.* C'est en raison de cette disparition, ainsi que du refus opposé par la malade à toute biopsie, que l'histologie n'en a pas été faite.

Jusqu'à notre observation, ces modules avaient passé inaperçus chez la malade, bien que celle-ci ait été très étudiée par Quinquaud, et présentée même par lui antérieurement à la Société de dermatologie.

Nous ajoutions dans la note remise au D^r Malherbe « qu'il serait indiqué de rechercher ces nodules dans les cas d'eczémas rebelles prurigineux, où l'on soupçonnerait quelque début mycosique ». Or, quelques mois après, nous observions dans le service de notre cher maître M. Fournier, un homme d'une cinquantaine d'années, porteur, à l'épaule droite, d'un placard eczémateux suintant, très infiltré, unique, très prurigineux, rebelle; lorsque notre examen révéla cinq petits nodules tout à fait semblables à ceux décrits plus haut, et permit de parler de mycosis fongoïde. Le malade appartenait à la polyclinique, venait rarement et irrégulièrement, puis cessa de se représenter; mais au cours des quelques mois que dura l'observation, le diagnostic de mycosis fongoïde ne put que s'affirmer. La communication de MM. Danlos et Leredde confirme notre opinion sur la nature mycosique de ces nodules.

Cliniquement, l'intérêt porte sur ce fait que, dans les cas douteux, ces nodules si difficiles à déceler, doivent être recherchés avec soin en tâtant la peau minutieusement, et s'ils sont trouvés, leurs caractères spéciaux permettront de les reconnaître comme appartenant au mycosis fongoïde.

Éruption ano-vulvaire peut-être de nature syphilitique, chez une enfant atteinte d'hydrocéphalie et de malformations multiples.

Par M. H. FEULARD.

A la dernière séance, M. Du Castel a présenté sous ce diagnostic, une petite fille de 7 mois à propos de laquelle une discussion importante s'est engagée: cette discussion a porté principalement sur la nature exacte de l'éruption que l'enfant présentait aux parties génitales, à l'anus et à la partie supérieure des cuisses; les avis, vous vous souvenez, se sont partagés entre ceux qui faisaient de cette éruption une éruption de plaques muqueuses et ceux, dont j'étais, qui pensaient qu'il

s'agissait seulement, dans ce cas, de cet érythème vacciniiforme syphiloïde, dont plusieurs cas ont été signalés à Saint-Louis même, et quelques-uns moulés.

Cette enfant a été admise le soir même du jour où elle vous a été présentée à l'hôpital des Enfants-Malades, dans le service de la Clinique. Je dois dire que l'avis de notre collègue, M. Marfan, a été contraire à l'idée de la syphilis, non seulement pour l'éruption, mais aussi quant à l'hydrocéphalie et aux autres manifestations que présentait l'enfant, et pour lesquelles je renvoie à l'observation et à la discussion. Sur notre demande, on s'est contenté de faire sur l'éruption un pansement propre, de la poudre d'oxyde de zinc, et on a tâché d'éviter le plus possible, ce qui est fort difficile, l'enfant ayant une incontinence rectale et vésicale, le contact irritant des excréments.

Il a suffi cependant de ces soins malgré leur insuffisance, pour améliorer rapidement et considérablement l'éruption, si bien que huit jours après, j'ai pu présenter l'enfant à M. le professeur Fournier, presque complètement guérie de son érythème syphiloïde. Seul, l'anus reste encore irrité, souillé qu'il est continuellement par les fèces. Je ne doute pas, comme j'en avais déjà exprimé l'avis, qu'il ne s'agisse absolument, dans ce cas, d'un *érythème syphiloïde* et que la syphilis, si tant est qu'elle existe et joue un rôle dans la production des autres manifestations morbides de cette enfant, n'est en aucune façon cause de l'éruption. J'ajoute qu'un excellent collègue de la ville, qui connaît et a suivi les parents de l'enfant depuis de longues années, a eu l'amabilité de me les amener chez moi, et que j'ai pu confirmer dans le sens négatif pour la syphilis, l'examen qui avait été déjà fait sur la demande de M. Du Castel. L'enfant ayant été prise de varicelle à l'hôpital depuis quelques jours, je n'ai pu vous la présenter aujourd'hui, mais je puis vous dire que l'amélioration de l'éruption ano-vulvaire a persisté, et que la dureté des éléments papuleux a complètement disparu.

Troisième note sur un cas de mycosis fongoïde.

Par M. HALLOPEAU.

La fièvre hectique persistant depuis longtemps chez la malade que nous avons eu l'honneur de présenter avec M. Bureau dans les dernières séances, nous avons demandé à M. Richelot de pratiquer l'ablation de la tumeur gangrénée qui en était évidemment la cause : cette opération a été faite ; depuis lors, la fièvre a complètement cessé ; nous ne saurions donc trop conseiller, en pareille occurrence, de recourir le plus tôt possible à l'intervention chirurgicale.

Deuxième note sur l'affection dite « folliculis ».

Par MM. H. HALLOPEAU et BUREAU.

Chez la malade atteinte de *folliculis* que nous avons présentée à la dernière séance de la Société, nous avons prélevé, par biopsie, plusieurs petits nodules à différents stades de leur évolution.

Ces petits fragments ont été fixés au sublimé acétique, montés à la paraffine, coupés en séries et les coupes colorées par différentes méthodes et principalement par la thionine phéniquée et l'hématéine-éosine.

1^{er} FRAGMENT. — *Petit nodule intra-dermique tout à fait récent, à peine perceptible à la vue, prélevé au niveau du bord cubital de la main.*

En parcourant, à un faible grossissement, l'examen des différentes coupes, on voit qu'il existe toute une zone, correspondant au nodule, où la préparation est beaucoup plus fortement colorée. A un plus fort grossissement, on se rend compte qu'en ce point il y a une néoformation considérable de cellules conjonctives; on aperçoit aussi quelques lymphocytes, mais peu nombreux; ce qui domine surtout, c'est la prolifération des cellules conjonctives. Les vaisseaux, au niveau du réseau profond, du réseau sous-papillaire et des rameaux communicants, sont entourés d'un manchon de leucocytes.

Dans la profondeur, on aperçoit la coupe des glomérules sudoripares qui paraissent absolument sains. Les légères lésions qui existent à ce niveau ont pour siège le tissu interstitiel et principalement les vaisseaux qui entourent les pelotons glandulaires. Mais les cellules des tubes sécrétisseurs ne sont nullement altérées.

Sur certaines coupes, on voit un canal excréteur de glande sudoripare, accompagné de ses deux vaisseaux latéraux; le tube excréteur est sain, les vaisseaux sont entourés de lymphocytes.

L'épiderme est normal.

En résumé, à ce stade, la lésion est caractérisée par une prolifération des cellules conjonctives du derme avec manchon embryonnaire périvasculaire. — Les glandes sudoripares sont indemnes.

2^e FRAGMENT. — *Nodule plus volumineux présentant une vésicule à son sommet, enlevé au niveau de la face latérale d'un doigt.*

Sur les coupes de ce nodule, à un faible grossissement, on distingue facilement 3 zones: un soulèvement épidermique, au-dessous une zone ne se colorant pas ou se colorant mal, et profondément des sortes de nodules dans la région des glandes sudoripares.

Au niveau de la vésicule, l'épiderme est soulevé en entier; par places quelques rares cellules de la couche profonde du réseau de Malpighi restent adhérentes au sommet des papilles, mais leur noyau ne se colore plus; sur les côtés de la vésicule on aperçoit, mais en bien petit nombre, des cellules épidermiques présentant l'altération cavitaire; cette vésicule paraît donc être formée, comme les phlyctènes, par soulèvement entier de l'épiderme sans altération cavitaire préalable des cellules malphigiennes.

Au-dessous se trouve toute une zone de *nécrose* où il est impossible de

trouver un seul noyau cellulaire coloré, puis de l'œdème et enfin, dans la profondeur, des nodules.

Ces nodules siègent dans la région des glandes sudoripares, mais ils ne paraissent nullement s'être formés à leurs dépens. Ils sont constitués par une agglomération de cellules plasmatiques et de cellules à protoplasma granuleux et à noyaux volumineux, cellules épithélioïdes ; au milieu de ces nodules, on aperçoit des vaisseaux en général assez profondément altérés et même, au centre d'un de ces nodules, se trouve un nerf. Les glandes sudoripares qui se trouvent dans le voisinage sont peu lésées ; les cellules des tubes sécréteurs sont saines, on en trouve cependant quelques-unes dont le noyau est en voie de karyokinèse : à ce niveau, la lésion prédomine autour de vaisseaux qui sont entourés de lymphocytes. Près d'un de ces glomérules se trouve une grosse veine atteinte d'une inflammation de sa tunique interne.

3^e FRAGMENT. — *Nodule dont la croûte vient de tomber, pris au niveau du coude.*

Les lésions de ce fragment rappellent tout à fait celles du précédent. A la place de la vésicule se trouve une ulcération contenant quelques globules sanguins et dont la partie profonde est formée par un fin réseau fibrillaire.

A la périphérie, il y a prolifération de l'épithélium ; on voit que c'est une perte de substance en voie de cicatrisation. Tout à fait dans la profondeur du derme, on retrouve les mêmes nodules que précédemment, quoique moins volumineux ; on aperçoit encore, au centre d'un de ces nodules, un nerf qui est coupé longitudinalement.

Dans aucune de nos coupes nous n'avons pu trouver de cellules géantes ; la recherche des bacilles de Koch a été faite aussi sans résultat sur plusieurs d'entre elles.

Dans les 2 premiers fragments, nous n'avons rencontré ni follicules pileux, ni glandes sébacées ; dans le troisième, nous avons trouvé un follicule pilo-sébacé siégeant près de la lésion, mais parfaitement sain.

En résumé, d'après nos examens, il nous paraît absolument certain que cette affection n'a son point de départ, ni dans les follicules pilo-sébacés, ni dans les glandes sudoripares, mais au niveau des vaisseaux. Son siège initial profond, dans la région des glandes sudoripares, tient probablement à l'extrême richesse vasculaire qui existe à ce niveau. Elle n'est pas d'origine externe, elle n'est pas due à une infection extérieure, car ses lésions ne sont pas celles que l'on rencontre dans ces cas ; ici, nous trouvons des lésions de mortification, de nécrose des tissus : c'est ce qui explique la marche lente de ces nodules.

L'étude de notre fait confirme dans leurs points essentiels les conclusions de MM. Tenneson, Martinet et Leredde, avec cette particularité qu'il s'y produit des foyers étendus de nécrose.

Les observations de cette nature se multiplient.

Nous pouvons aujourd'hui en présenter un nouveau cas.

M^{me} P..., 38 ans, vient à la consultation de l'hôpital Saint-Louis le 7 novembre 1896.

Antécédents héréditaires. — Père mort à l'âge de 60 ans, probablement de tuberculose pulmonaire.

Antécédents personnels. — La malade a eu trois enfants dont l'aîné est mort de méningite.

Elle a été atteinte, il y a 3 ans, au-devant de l'aisselle droite, d'un abcès que l'on a incisé et qui a duré trois mois ; on en voit la cicatrice sur la face antérieure du grand pectoral.

Elle est atteinte aussi depuis 5 à 6 ans d'un eczéma de la lèvre supérieure qui est presque guéri actuellement.

C'est à la suite de grands chagrins qu'est survenue pour la première fois, il y a 8 ans, l'affection pour laquelle la malade vient consulter aujourd'hui. Tous les hivers, elle a des engelures et même, parfois, ses mains sont tellement prises que la malade ne peut s'en servir. — L'affection actuelle revient tous les hivers et commence en général dès les premiers froids.

Les mains sont froides et violacées. Il existe une asphyxie locale des extrémités. Sur les doigts, on voit des petits nodules ressemblant tout à fait à ceux que nous avons décrits chez notre autre malade.

A la main droite, c'est surtout l'index qui est atteint, au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne ; on y trouve de tout petits nodules intradermiques et, à côté, de gros nodules présentant, dans leur partie centrale, soit une croûte, soit une dépression cupuliforme par suite de l'ouverture de la pustulette. Sur les autres doigts on voit les mêmes éléments aux différents âges.

Sur le petit doigt de la main gauche, se trouve un petit nodule avec vésicule au centre. La face dorsale du doigt présente de nombreuses cicatrices blanches, vestiges des anciens nodules.

A la face palmaire du médius on voit un nodule en pleine activité.

Beaucoup de ces éléments ne parcourraient pas tous les stades de leur évolution, mais avorteraient dès le début.

L'année dernière, la malade a eu une poussée des mêmes éléments sur les pieds ; actuellement, il n'y a qu'un seul nodule sur le petit orteil gauche.

L'examen des poumons révèle au sommet droit, surtout en avant, une respiration rude avec expiration prolongée.

On voit que, chez cette malade, comme dans la plupart des cas qui ont été observés récemment, l'affection coïncide, d'une part avec des altérations de nature tuberculeuse, d'autre part avec des phénomènes d'asphyxie locale : cette asphyxie locale joue-t-elle un rôle dans l'étiologie de l'affection ? nous avons étudié à ce point de vue les faits publiés sous le nom de *maladie de Raynaud*, et dans aucun nous n'avons trouvé mention de lésions analogues à celles de la dite *folliclitis* ; nous aurions plutôt tendance à considérer ces phénomènes d'asphyxie locale comme des réflexes provoqués par le développement des altérations cutanées.

L'interprétation qui rattacherait ces troubles à la production d'en-

gelures n'est pas admissible, car l'affection est loin de se reproduire exclusivement pendant les temps froids : chez notre première malade, elle se manifeste au contraire exclusivement dans la saison chaude et disparaît l'hiver ; chez cette nouvelle malade, c'est en septembre que les altérations commencent à se produire.

En résumé, on peut interpréter de la manière suivante l'évolution de ces altérations : apport par la circulation de matériaux toxiques probablement d'origine tuberculeuse dans les vaisseaux du derme, production de lésions prolifératives et nécrosiques, suppuration secondaire, troubles réflexes dans l'innervation vaso-motrice.

Des « tuberculides » cutanées.

Par M. J. DARIEN

L'attention des dermatologistes de tous pays se porte actuellement sur une série de dermatoses qui ont été jusqu'ici négligées ou rangées dans des chapitres divers ; je veux parler des affections qu'on a désignées sous les noms d'acné des cachectiques, d'acné scrofulosorum, de folliculite disséminée ou groupée, d'acnitis, de folliclis, d'hydrosadénite destruens ou suppurative, de granulome innommé ou même de lupus érythémateux disséminé (Boeck), etc.

Deux points me paraissent mériter d'être mis en relief. En premier lieu, toutes ces dermatoses ont entre elles de grandes analogies, elles forment un groupe naturel ; toujours il s'agit d'éruptions successives, d'éléments débutant par des papules ou nodules intradermiques plus ou moins profonds, indolents, se couronnant d'une vésico-pustule qui se crève ou se dessèche en croûte, offre une dépression ulcéreuse assez profonde, et guérit en laissant une macule cicatricielle et pigmentée ; l'évolution des éléments est d'une lenteur caractéristique et dure des semaines et des mois. La topographie et le groupement des éléments sont très variables. On ne peut pas actuellement subdiviser ce groupe en types bien définis. Souvent, on observe plusieurs types décrits sous des noms différents chez un même sujet, et la malade que je présente en est un exemple.

En second lieu, il ressort des observations publiées et des faits que j'ai vus qu'il existe une relation certaine entre ces éruptions et la tuberculose. Très habituellement, on les constate chez des malades atteints de tuberculose pulmonaire ou ganglionnaire ; quelquefois elles coexistent avec des tuberculoses cutanées, telles que lupus ou gommes tuberculeuses ; elles offrent ainsi des rapports avec le lichen scrofulosorum, le lupus érythémateux, le lupus pernio et les engelures.

La nature de cette relation n'est pas élucidée ; personne n'a trouvé de bacilles de Koch dans les lésions du groupe en question. S'agit-il de toxines ? d'infections surajoutées ? C'est ce qu'on ignore. L'histologie a donné, dans les quelques cas où on y a fait appel, des résultats assez discordants. Dans le cas d'acnitis de Barthélemy, j'ai trouvé un tissu néoformé ressemblant beaucoup à une infiltration tuberculeuse périfolliculaire, mais sans bacilles ; les préparations très démonstratives de M. Bureau montrent un processus tout différent, périvasculaire et d'essence nécrotique. Dans un cas du Dr Spiegel, étudié sous la direction d'Unna, et qui sera publié dans les *Monatshefte* du 15 décembre 1896, il y avait des lésions tout à fait analogues. D'autres histologistes sont arrivés à des résultats différents.

Mais, quoi qu'il en soit de ces divergences, il n'en reste pas moins que la relation clinique de ces éruptions avec la bacilliose est très évidente ; qu'il y a intérêt à leur donner un nom générique qui rappelle cette relation : je propose celui de *tuberculides*.

En dehors et à côté des tuberculoses cutanées incontestables et connues (lupus, gommès, ulcères), contenant le bacille, il y aurait donc toute une série de tuberculides cutanées qu'il s'agit d'étudier, de soumettre à l'analyse anatomo-clinique, pour arriver à voir clair dans la délimitation de ce groupe et dans les subdivisions qu'il comporte.

Pour contribuer à cette étude, je présente aujourd'hui deux malades : l'un est un exemple de *tuberculides régionales du type folliclis*, — l'autre, un cas de *tuberculides disséminées à forme d'acné cachectique* avec coexistence de *folliclis* et d'une *gomme tuberculeuse*.

Obs. I (résumée). — V..., homme de 32 ans ; a eu un frère mort de méningite ; a été atteint à 15 ans d'une pleurésie qui a duré une année ; depuis lors toussé toujours et s'enrhume facilement. Au sommet gauche, respiration saccadée, expiration prolongée. Il y a 7 ans, a eu un chancre qui, quoique non traité, n'a été suivi d'aucun accident spécifique.

Depuis son enfance il a eu, chaque hiver, des engelures aux mains ; ses extrémités sont habituellement cyanosées et algides. Depuis ces cinq dernières années il voit, au commencement de l'hiver, sur la face dorsale des mains et des doigts, apparaître de petits nodules sous-dermiques, indolents, qui deviennent acuminés, ulcèrent la peau et laissent écouler une gouttelette de pus. Il subsiste longtemps des taches qui disparaissent en été.

Cette année, l'éruption a débuté il y a deux mois par un nodule à la base de l'auriculaire gauche ; actuellement encore il y a en ce point une surface violacée, un peu indurée, surmontée d'une croûte ; le pourtour desquame. Successivement il en a apparu une quinzaine d'autres qu'on retrouve sur les doigts et les mains sous forme de nodules intra-dermiques profonds ou de papules rosées ; quelques-uns présentent, au centre, un point purulent ou une ulcération putéiforme. Leur évolution est donc extrêmement lente et dure pour chacun plusieurs mois.

Le malade présente en outre de la séborrhée du cuir chevelu et quelques taches d'eczéma séborrhéique sur le thorax et les bras.

Obs. II (résumée). — B..., femme de 48 ans. Antécédents héréditaires tuberculeux très chargés. Son mari, faible, toussant toujours, est mort à 52 ans d'une maladie longue avec pleurésie, sueurs nocturnes, amaigrissement, probablement tuberculeux. Elle-même, après une enfance chétive, avec gourmes et ganglions toujours engorgés, a été atteinte, à 22 ans, de rhumatisme articulaire aigu. Depuis 1877 elle a eu de nombreuses bronchites. En juin 1895, ont apparu des douleurs vagues dans les articulations des membres inférieurs, surtout des genoux et des cous-de-pied, et dans celles des doigts ; les jointures se sont peu à peu tuméfiées et sont restées déformées. C'est à cette époque, il y a 16 mois, qu'a également commencé l'éruption actuelle par des boutons durs, puis ulcérés, au bas de la jambe gauche, puis à l'autre pied, aux deux genoux, sur les poignets, les mains, enfin sur l'hypogastre et sur tout le tronc.

Actuellement on se trouve en présence d'une femme profondément affaiblie, amaigrie et cachectique. La plupart de ses jointures sont atteintes de rhumatisme chronique déformant. Les ganglions du cou, des aisselles, sont tuméfiés ; ceux des aines forment des paquets saillants de tumeurs dures et conglomérées. La malade tousse et crache peu ; cependant on trouve de la matité au sommet droit avec gargouillement et timbre caverneux de la voix et de la toux ; induration du sommet gauche.

Le tronc tout entier, à l'exception du haut de la poitrine en avant, mais surtout au niveau de l'hypogastre et les flancs, est couvert d'une éruption d'innombrables éléments qui, à première vue, ressemblent à de l'acné ou mieux à des syphilides acnéiformes. Les éléments sont d'âge très différent, les uns sont des nodules intradermiques du volume d'une forte tête d'épingle, d'autres des papules ou papulo-vésicules miliaires d'un rose terne, quelques-unes de vraies pustulettes, ou des papulo-croûtes, ou enfin des macules pigmentaires. La peau en est toute constellée. Sur les membres l'éruption est un peu différente. Sur les deux genoux et sur le dos des pieds, sur les mains, les poignets et les avant-bras, se voient des éléments plus gros pour la plupart, commençant par des nodules sous-dermiques qui peuvent avorter ou se transforment en pustules, lesquelles, après évacuation, laissent une ulcération creuse, à bords violacés. Certains de ces éléments que nous avons encadrés pour les surveiller spécialement sont restés presque au même stade pendant 5 semaines. Tous sont absolument indolents.

Enfin, au bas de la jambe gauche, on voit une ulcération de la grandeur de l'ongle, entamant tout le derme, à bords déchiquetés et violacés, qui est la première des lésions cutanées ; elle a l'aspect d'une gomme tuberculeuse ulcérée.

Sous l'influence d'un pansement à l'iodoforme et d'un traitement général, cette ulcération s'est cicatrisée en 6 semaines ; l'éruption des éléments acnéiformes du tronc et des nodules de folliculis sur les membres a sensiblement diminué, mais il s'en produit encore de temps en temps.

Ce dernier cas, dans lequel on serait conduit à porter le diagnostic

d'acné cachecticorum ou scrofulosorum sur le tronc, de folliculis sur les extrémités et de gomme scrofuléuse à la jambe, montre bien la parenté de ces diverses éruptions et justifie, je pense, la dénomination générique que je propose.

M. HALLOPEAU. — Je suis heureux d'entendre M. Darier consacrer par sa grande autorité l'opinion que j'ai émise le premier, si je ne me trompe, dans notre première séance d'avril et plus récemment dans mon rapport au Congrès de Londres, relativement à l'origine tuberculeuse de l'éruption qui était décrite à l'étranger sous le nom d'*acné des cachectiques* et dont nous avons, M. Bureau et moi, dans la dernière séance, rapproché, à ce point de vue, la *folliculis* de M. Barthélemy. Je rappellerai de nouveau que j'ai publié en 1895, avec M. Le Damany, une observation dans laquelle cette dermatose était manifestement combinée avec un lupus érythémateux, argument décisif en faveur de sa nature tuberculeuse.

L'examen histologique ne permettant pas de constater, dans ces différents cas, la présence du bacille, j'ai émis l'opinion qu'il s'agit de déterminations produites par des toxines tuberculeuses.

M. WICKHAM. — Le mot de tuberculides employé pour désigner ces lésions me paraît défectueux, parce qu'il évoque trop facilement l'idée de tuberculose : je lui préférerais celui de *scrofulides* qui indique seulement un terrain sans avoir le même inconvénient.

M. DARIER. — C'est assurément toujours une chose grave que de créer un nom nouveau en dermatologie ; cependant il faut bien trouver un nom pour désigner ces lésions, et j'ai proposé celui de tuberculides parce qu'il indique une relation avec la tuberculose ; quant au terme de *scrofulides*, il a longtemps servi et est tombé en désuétude ; le ressusciter pour le groupe dont il est question ce serait vouloir amener des confusions.

M. A. FOURNIER. — La malade qui vient de nous être montrée présente un double intérêt :

1° Au point de vue de la nature de son affection, laquelle n'est plus discutable ;

2° Au point surtout de la ressemblance objective de ses lésions avec des syphilides ; à première vue, cela rappelle absolument les syphilides papuleuses à tout petits grains. Or, d'après l'observation de la malade, la syphilis n'a rien à faire ici.

M. DARIER. — L'analogie est très grande en effet. D'ailleurs dans un cas de Spiegel, l'erreur de diagnostic fut complète et le malade, considéré et traité comme syphilitique, consumma jusqu'à un kilogr. de pommade mercurielle en frictions, sans résultat d'ailleurs.

M. FEULARD. — J'ai eu l'occasion de voir il y a quelques années et revois encore de temps à autre quand il vient à Paris, un malade, de nationalité russe, qui présente certainement un cas de ce genre. Ce malade, un peu syphilophobe, et cependant déclaré non syphilitique par le

professeur Pospelow, a subi à Vienne, sur l'avis cependant d'une haute personnalité médicale, un traitement antisyphilitique prolongé, ce qui n'a pas peu contribué d'ailleurs à le confirmer dans l'idée qu'il était syphilitique. Cependant les accidents cutanés se renouvelaient qu'il fasse ou ne fasse pas de traitement antisyphilitique. La santé générale s'est depuis quelques années améliorée, et les éléments acnéiformes ont subi la même amélioration. Sur les jambes on voit de nombreuses cicatrices brunâtres, quelques-unes assez profondément déprimées qui peuvent en imposer en effet pour des lésions syphilitiques, mais qui succèdent, comme j'ai pu le voir par l'observation suivie de quelques éléments, à de gros boutons de couleur rouge sombre qui évoluent à froid, se ramollissent et se vident comme certains boutons d'acné, mais sans bourbillon vrai, et mettent un certain temps à se cicatriser.

M. BARTHÉLEMY. — Je trouve la communication de M. Darier très intéressante et destinée à donner à réfléchir aux cliniciens, à cause de sa tendance à grouper un certain nombre d'affections objectivement dissemblables et jusqu'ici nosologiquement disséminées. Ce n'est que par des observations répétées que l'on pourra plus tard confirmer ou rejeter ce qui n'est encore qu'une vue de l'esprit. Voilà pourquoi la dénomination de *tuberculides* est peut-être un peu trop accentuée ou du moins précoce, puisqu'elle implique la nature tuberculeuse même. On ne pourrait guère admettre encore que le mot *tuberculoides*, qui aurait de plus l'avantage de différencier des lésions néo-tuberculeuses des véritables tuberculoses ou admises comme telles dès longtemps par les cliniciens.

Pour finir ce qui a trait aux dénominations, je suis de l'avis de M. Leredde relativement aux idrosadénites, « mot qui ne fait que consacrer une erreur », puisque dans l'acnitis, seule affection où l'on puisse l'admettre, les lésions sont aussi accentuées en dehors des follicules qu'en dedans, que celles-ci sont seulement englobées dans un processus dont elles ne sont pas le point de départ. Du reste, les dénominations en rapport avec seulement la localisation d'une lésion manquent de toute valeur synthétique.

Il ne suffit pas de trouver un bacille dans une lésion pour qu'elle soit causée par la tuberculose ; je me souviens autrefois avoir examiné ou fait examiner plus de 50 cas d'acné pustuleuse ; or, une seule fois, parmi tant d'autres microbes, un bacille tuberculeux a été découvert ; il ne peut venir à l'idée de personne de considérer ce fait autrement que comme une coïncidence.

Quoi qu'il en soit, je ne me place personnellement qu'au point de vue clinique ; j'ai été frappé autrefois de folliculites ressemblant à l'acné, classées dans les acnés nodulaires, mais n'étant pas de l'acné ; ce sont ces cas que j'ai décrits sous le nom d'*acnitis*, procédant par poussée *aiguë*, durant 15 à 30 jours chacune, ne laissant pas de fistulette et étant disséminée sur tout le corps, cuisses, flancs, paumes des mains, joues, crâne, etc.

Le cas que je considère et que j'ai pris comme type guérit complètement au bout de 15 mois environ et ne présentait rien de tuberculeux, ni par

ses ascendants ou collatéraux, ni par lui-même, qui était plutôt arthritique.

Au contraire, j'ai distingué d'autres folliculites à marche *chronique*, localisées et groupées sur certains points très circonscrits, formées d'éléments plats, ombiliqués au centre par le ramollissement de la lésion, qui ne ressemblait en rien à de l'acné scrofulosorum et autres affections similaires; les sujets qui en étaient porteurs étaient débilités, l'un était cachectique, et non seulement comme terrain, mais comme marche de lésion l'influence tuberculeuse peut être admise; notons cependant qu'elle n'est pas encore démontrée et qu'il faut pour cela un certain nombre d'expériences qui font encore défaut. Mais cela est évidemment à rechercher pour savoir s'il s'agit de simples coïncidences avec la tuberculose ou si c'est bien la tuberculose qui crée ces lésions. Il importe, en tous cas, d'en faire le diagnostic. Dans un cas que M. Tenneson m'a fait l'honneur de me montrer, il s'agissait d'une jeune fille nettement cachectique et tuberculeuse, porteur de lupus, de ganglions tuberculeux et en même temps de petites nodosités disséminées qui ressemblaient fort à de l'acnitis au point qu'il fallait en faire le diagnostic différentiel, mais qui n'en étaient réellement pas, les nodosités étant trop volumineuses, trop inégales et trop peu disséminées.

Je suis très frappé de la ressemblance des cas qu'on vient de montrer de nodosités des mains, faces dorsales et palmaires des doigts, etc. Il s'agit là de nodosités aplaties, quelques-unes ombiliquées, et ressemblant bien plus à la folliclis qu'à l'acnitis. Je pense qu'on peut rapprocher ces lésions de celles qu'avait la malade de M. Tenneson et que celles-là sont vraisemblablement d'origine tuberculeuse; c'est pour cela que les recherches sur lesquelles MM. Darier et Hallopeau appellent l'attention sont vraiment intéressantes à faire. En somme, je pense, jusqu'à démonstration du contraire, que la marche clinique des lésions permet d'admettre la nature tuberculeuse de la folliclis, mais non pas de l'acnitis, dont la pathogénie reste à élucider.

Lipomes symétriques généralisés.

Par M. DU CASTEL

Le malade, que j'ai l'honneur de montrer à la Société, présente un type très net de lipomes généralisés; il offre les deux ordres de lésions, signalées en pareil cas, tumeurs nettement circonscrites, infiltrations graisseuses diffuses; c'est un rhumatisant par hérédité ayant eu des attaques rhumatismales franches; on peut dire que c'est un malade classique. Le début de l'affection a été lent, progressif, puisque c'est en 1878 que la première tumeur s'est montrée; entre autres localisations, je signalerai l'existence de tumeurs au niveau des apophyses mastoïdes, localisation mentionnée par un certain nombre d'auteurs

comme constituant fréquemment la localisation initiale ; j'appellerai aussi l'attention de la Société sur l'existence de deux ostéophytes occupant symétriquement la crête des deux tibias. Voici, du reste, l'observation détaillée du siège des lésions telle qu'elle a été recueillie par mon interne, M. Sicard.

C..., garçon limonadier, âgé de soixante-six ans, entré salle Bichat le 29 novembre 1896.

Son père et un de ses frères étaient rhumatisants. Lui-même a eu, dans son enfance, une fracture du péroné gauche qui a laissé le pied en travers ; à 13 ans, une hydropisie ; à 26 ans, une crise violente de rhumatisme articulaire aigu ; en 1890, il a été atteint d'un ulcère variqueux étendu de la jambe droite qui a laissé une cicatrice pigmentée avec infiltration des téguments.

L'affection pour laquelle il entre à l'hôpital semble remonter à l'année 1870. Le malade s'aperçut alors d'une grosseur lombaire du volume d'un œuf qui augmenta lentement ; 19 ans après, parut la tumeur de la nuque, bientôt suivie de plusieurs autres à développement rapide ; toutefois, depuis deux ans, il paraît y avoir un temps d'arrêt.

A l'examen du malade, on constate deux espèces de lésions : des infiltrations molles, diffuses, sans limites précises, des tumeurs globuleuses nettement circonscrites, formées de lobules distincts ; les premières offrent le type des pseudo-lipomes ; les dernières, celui des lipomes vrais.

Voici quelle en est la topographie :

Sous le menton, infiltration pâteuse ;

Sous l'os hyoïde, lobule dur ;

Des deux côtés de la fourchette sternale, saillies très adhérentes à la clavicule ;

Deux tumeurs très marquées au-dessus des apophyses mastoïdes ;

Une grosse tumeur sur la nuque se prolongeant sur la face latérale gauche du cou ;

Sur le membre supérieur gauche, tumeur sus-acromiale et sus-deltoidienne, énorme empatement de la face interne du bras ; gaines synoviales du poignet distendues ;

Sur le membre supérieur droit, les lésions sont symétriques ; il existe en outre une saillie sur l'omoplate ;

Dans la région lombaire droite, tumeur de la forme d'un sein bien développée ; tumeur médiane bilobée sur le sacrum ;

Sur les membres inférieurs, empatement diffus de la face antérieure des deux cuisses.

Il ne paraît pas y avoir de lipomatose viscérale ; la palpation de l'abdomen ne révèle rien ; pas de hernies ; les orifices inguinaux sont remarquablement serrés ; l'estomac n'est pas dilaté ; le foie est petit.

L'état général est excellent, le cœur normal, les artères souples ; il n'y a pas de varices.

Pendant de longues années, le malade a ressenti une douleur très accusée à la face externe de la cuisse droite sans qu'il y ait eu localisation nette sur un trajet nerveux.

Sur la partie inférieure et supérieure des deux tibias, on constate une exostose occupant le tiers supérieur de la crête.

Ecthyma scrofuleux.

Par MM. GASTOU et EMBRY

Le titre donné à cette présentation n'est pas exact, et, si nous l'avons choisi c'est à défaut d'autre : l'ecthyma, ni la scrofule, n'étant définis actuellement ; l'ecthyma scrofuleux n'existe pas en réalité. L'observation qui suit le justifiera en montrant qu'il ne s'agit que d'un terme d'attente, qui résume toute la maladie.

L..., âgée de 20 ans, est domestique, elle est entrée dans le service de M. le P^r Fournier, pour des ulcérations aux jambes qui datent d'un mois.

Le diagnostic d'impression en voyant les lésions des jambes est celui de gommès tuberculeuses ; mais on ne peut dénier également que certains points malades ont une grande ressemblance avec des syphilides. Une enquête clinique seule exclura la syphilis acquise ou héréditaire, tandis que l'examen anatomique sera indispensable pour affirmer ou nier la nature tuberculeuse des lésions.

EXAMEN CLINIQUE. — *Antécédents héréditaires.* — Père mort à 63 ans de paralysie ; mère morte d'affection indéterminée il y a 18 ans. Six frères et sœurs, dont 4 morts : maladies inconnues.

Antécédents personnels. — Rougeole dans l'enfance et à la suite kératite qui a laissé des taies sur la cornée. Réglée à 13 ans et demi, mais irrégulièrement et faiblement.

Influenza en 1889 à forme bronchique avec céphalalgie vive. Depuis 3 ans, à Paris, elle se fatigue beaucoup et a quelquefois le soir les chevilles œdématisées.

L'affection actuelle date d'un mois et a débuté par des nodosités dures et douloureuses sous-cutanées qui ont abouti rapidement aux ulcérations que la malade présente actuellement.

Ces ulcérations siègent sur les jambes depuis la racine de la cuisse jusqu'à l'articulation tibio-tarsienne, il n'en existe que deux ou trois minuscules sur les fesses et la région lombaire. Leurs dimensions sont très inégales : lenticulaires, du volume d'un pois sur la face antérieure des jambes, elles atteignent sur les mollets les dimensions d'une noisette, d'une petite noix : toutes les dimensions se rencontrent entre ces deux extrêmes.

D'une façon générale, ces ulcérations ne sont pas douloureuses spontanément, mais le moindre frottement, le plus léger attouchement est excessivement douloureux, de sorte qu'en réalité la malade souffre beaucoup.

L'évolution de chaque ulcération est d'une durée de 3 à 15 jours et plus suivant le siège et le volume de l'élément initial.

La malade perçoit d'abord une petite nodosité sous-cutanée, sensible.

Au bout de 24 à 48 heures, la surface cutanée recouvrant cette ulcération devient érythémateuse. A son centre se fait un soulèvement épidermique, sans exsudat ; c'est simplement un décollement de l'épiderme. De sorte qu'à cette période il existe un centre grisâtre de soulèvement épidermique et un pourtour érythémateux. Le centre épidermique se perfore, se creuse, devient infundibuliforme et rapidement cupuliforme : on dirait qu'avec une curette on a enlevé la peau et les tissus sous-jacents. Tout autour du trou central, l'épiderme est décollé légèrement. L'ulcération s'agrandit, se creuse ; la zone érythémateuse s'élargit, et à mesure qu'elle s'élargit elle s'entoure d'un cercle pigmenté qui lui forme une bordure étalée.

L'élément éruptif est alors à sa période d'état et comprend 3 zones : une zone centrale qui est l'ulcération en curette, une zone intermédiaire érythémateuse qui se confond peu à peu par teintes dégradées avec la zone externe ou périphérique fortement pigmentée sur les bords.

L'ulcération n'a pas ses bords décollés, mais inclinés en pente douce, ses parois et son fond sont recouverts d'un exsudat brillant, de nature lymphatique, produit par des bourgeons charnus qui, s'ils suintent beaucoup, suppurent peu. Ces ulcérations diffèrent des gommés syphilitiques qui suppurent plus qu'elles ne suintent.

Quant l'élément est petit, il évolue vite et en 3 ou 4 jours il guérit, ne témoignant de son existence que par une cicatrice blanchâtre centrale et un anneau périphérique pigmenté.

En certains points et surtout sur la face antérieure des jambes, des ulcérations de petites dimensions réunissent leurs circonférences pigmentées pour former de larges placards brunâtres, parsemés de petits cercles blanchâtres, indices de l'ulcération ancienne ou présentant encore quelques ulcérations en voie d'activité.

Sur les mollets, on voit encore, aux deux jambes, de larges et profondes ulcérations, véritablement térébrantes par leur profondeur.

L'éruption comporte d'autres éléments d'apparence acnéique sur les membres inférieurs et la face. Sur la face, ces éléments ont l'aspect de papules saillantes dont quelques-unes légèrement excoriées et croûteuses et d'autres sont brillantes à leur surface, d'aspect lichénoïde.

Fait intéressant à signaler, si les bords pigmentés se réunissent, il n'en est pas de même des ulcérations, qui restent toujours isolées les unes des autres.

On note également sur les membres et en particulier sur les bras, au-dessus des régions épitrochléennes des nodosités que l'on pourrait prendre soit pour des ganglions épitrochléens, soit pour des infiltrations syphilitiques.

Il reste à signaler des taies sur la cornée droite : reliquats d'une kératite ancienne, en dehors de ces lésions il n'y a aucun symptôme clinique à relever.

Le cœur, les poumons, les reins, le foie sont normaux. Il n'y a ni sucre, ni albumine, les réflexes sont bons, le système nerveux est sain. La sensibilité est normale.

Cliniquement, ni dans les antécédents, ni dans l'histoire clinique

de la malade il n'y a allusion à une manifestation pouvant faire supposer l'hérédo-syphilis ou l'hérédo-tuberculose.

Aucun signe non plus en faveur d'une syphilis acquise. La malade est encore vierge et ne semble pas s'être contaminée autrement.

Objectivement, de par l'aspect des ulcérations, de par la présence des nodosités sous-cutanées et en outre de par l'absence de tout antécédent syphilitique, le diagnostic rationnel est celui de gommes tuberculeuses de la peau.

Pour confirmer ce diagnostic une biopsie est pratiquée, portant à la fois sur un élément non encore ulcéré et sur un élément présentant un pertuis de la grosseur d'une lentille. Voici l'analyse résumée de la coupe :

Sur les coupes des parties ulcérées ou non ulcérées le caractère général des lésions consiste en une hypertrophie œdémateuse de la région papillaire, c'est-à-dire : hypertrophie des papilles avec dilatation des vaisseaux, sans infiltration cellulaire, œdème du tissu sous-papillaire avec dilatation des espaces lymphatiques. Cette dernière altération est très manifeste, tandis que les vaisseaux sont peu modifiés dans leur apparence. Les glandes sudoripares sont normales, sauf en quelques points où une légère infiltration cellulaire interstitielle existe. L'épiderme dans ses couches superficielles a une partie de ses cellules comme vésiculeuses, transparentes, avec noyau rejeté tout à fait à la périphérie. D'une façon générale toutes les cellules sont hypertrophiées, œdémateuses. Dans la couche de Malpighi, on rencontre de place en place des cellules en karyokinèse ; cette karyokinèse est même très active et avec une pigmentation prononcée des cellules, elle constitue le caractère prédominant de l'altération. Dans chaque cellule de la couche épidermique et surtout dans les couches profondes il existe de nombreuses granulations pigmentaires qui donnent par places l'illusion d'une agglomération microbienne.

Dans les parties non ulcérées : existent dans la couche sous-papillaire des amas nodulaires de cellules dont le groupement est celui des nodules infectieux. On y rencontre des cellules de formes et de signification différentes : leucocytes mononucléaires abondants, leucocytes polynucléaires, cellules plasmatiques, etc., etc. ; ces amas sont assez nettement limités et avoisinent les glandes sudoripares ou semblent situés sur le trajet de leurs conduits excréteurs. A leur surface l'épiderme est aminci, déprimé, comme aspiré par le nodule, et les cellules épidermiques à ce niveau sont en voie de destruction.

Dans les parties ulcérées : l'infiltration cellulaire vient éclater en quelque sorte à la surface de la peau, en détruisant toutes les couches qui lui sont superposées. Là, on dirait un abcès superficiel, mais les parois n'ont pas le caractère prolifératif habituel des lésions qui suppurent.

Dans aucun point des coupes on ne trouve de follicules élémentaires tuberculeux, pas de cellules géantes, pas de bacilles de Koch, pas même de microbes de suppuration.

La culture de l'exsudat pris au niveau des ulcérations donne un diplo-bacille n'offrant que des caractères peu déterminés et de signification inconnue.

Pour résumer les renseignements donnés par l'examen anatomique on peut affirmer que ces lésions ne sont pas celles de l'ecthyma vulgaire non plus que celles de la tuberculose bacillaire.

Les lésions se rapprochent plutôt des lésions gommeuses syphilitiques, des syphilomes miliaires. Cependant rien dans l'histoire clinique n'est en faveur de la syphilis.

On pourrait comparer encore ces nodosités à certaines formes d'érythème induré des jeunes filles ; mais l'évolution des deux maladies est tout à fait différente. L'apparence histologique la plus voisine de celle que nous montre l'étude des coupes est encore celle de certaines nodosités rencontrées dans le lupus érythémateux.

On peut interpréter alors ces lésions ulcéreuses comme une variété de lésions tuberculeuses sans bacilles et comparer ces nodules aux syphilomes, qui ne seraient plus produits par l'agent pathogène de la syphilis, mais seraient le résultat d'un trouble évolutif de la nutrition cellulaire provoqué par sa toxine.

La même interprétation existerait pour ces nodules, qui seraient le résultat des toxines tuberculeuses, des tuberculines, et non du bacille de Koch. Tuberculines donnant le nodule infectieux, et non le follicule tuberculeux, — tuberculines créant la scrofule, et non le tubercule.

Mais il ne s'agit que d'une interprétation, le rôle des associations infectieuses étant peu connu dans la pathogénie de la scrofule, qui n'est : ou qu'une tuberculose atténuée, une tuberculose sans bacille, une para-tuberculose ; ou bien que l'expression d'une accumulation d'infections successives entraînant une cachexie, une septicémie chronique bénigne, à longue évolution, servant de porte d'entrée à la tuberculose, au même titre que n'importe quelle infection.

C'est à cause de toutes ces considérations que ne trouvant pas de dénomination propre à désigner ces lésions, nous les avons dénommées *ecthyma scrofuleux*, désignation qui serait aussi facilement remplacée par celles de *gommescrofuleuses*, puisque la lésion se rapproche plus de la gomme que de l'ecthyma ; dénomination qui ne préjuge en rien la nature de ces lésions qui font partie du grand groupe des néoplasies ulcéreuses et gangreneuses de la peau, à caractères bénins et non spécifiques.

M. A. FOURNIER. — Ces ulcérations simulent la syphilis au point qu'il est bien difficile de ne pas s'y tromper. Je n'en citerai qu'un exemple personnel ; j'ai soigné récemment une dame porteuse de cinq ulcères semblables que je tenais résolument pour syphilitiques. Je la traite donc

en conséquence. Échec complet. Je recours alors à l'examen bactériologique et à l'inoculation qui permettent à M. Sabouraud d'affirmer la nature tuberculeuse de ces lésions.

M. SABOURAUD. — J'ajoute que la fille de cette malade est phthisique, et partageait parfois le lit de sa mère.

M. GASTOU. — Chez ma malade, nous n'avons rien trouvé qui permît de conclure à la tuberculose.

**Dermatites herpétiformes et pemphigus foliacés
au point de vue éosinophilique.**

Par MM. H. HALLOPEAU et LAFFITTE

MM. Leredde et Perrin ont donné, comme nouveau signe différentiel entre le pemphigus et la maladie de Dühring, la présence simultanée, dans cette dernière, de cellules éosinophiles dans le sang et la sérosité des éléments bulleux. Ayant actuellement dans notre service deux malades atteints de pemphigus et deux autres atteints de dermatose de Dühring, nous les avons étudiés à ce point de vue et constaté les faits suivants :

Dans les deux cas de dermatite de Dühring (salles Bazin, n° 42, et Lugol, n° 14), deux examens du sang et de la sérosité des vésicules ont été faits à 15 jours d'intervalle ; ils ont donné les résultats suivants : dans le sang, des leucocytes éosinophiles se trouvent en abondance ; les grains éosinophiles y sont nombreux ; il en est de même dans la sérosité des vésicules : on y voit des grains éosinophiles nombreux et bien colorés dans plusieurs leucocytes. Quelquefois, le leucocyte a disparu, et les grains éosinophiles sont répandus et dispersés autour de l'endroit qu'il occupait.

Dans une vésicule suppurée, il n'a pas été vu de cellules éosinophiles.

Au contraire, dans un cas de pemphigus foliacé (salle Lugol, 21), deux examens du sang et de la sérosité des lésions cutanées, faits à quinze jours d'intervalle, n'ont révélé la présence d'aucune cellule éosinophile ; il en a été de même lors d'un premier examen du n° 36 de notre salle Lugol, atteint de la même maladie.

Dans un deuxième examen du sang, nous avons trouvé quelques rares leucocytes contenant des grains éosinophiles vivement colorés. Ce fait ne contredit point les conclusions de Leredde touchant le pemphigus, car on ne constate pas dans cette maladie la présence simultanée de grains éosinophiles dans la sérosité cutanée et dans le sang.

Il sera intéressant de poursuivre ces recherches dans le cas où l'on voit un pemphigus foliacé faire suite à une maladie de Dühring : l'un

de nous a émis, à cet égard, l'opinion qu'il s'agissait vraisemblablement de toxidermies différentes, mais voisines et susceptibles de se transformer l'une en l'autre : la présence chez une de nos malades atteinte de pemphigus foliacé, de quelques cellules éosinophiles dans le sang, tendrait à montrer que cette réaction, importante pour le diagnostic, n'établit pas, cependant, une différence radicale entre les deux maladies.

Un cas de folliculis.

Par M. DANLOS

Jeune fille de 14 ans, lymphatique, ayant présenté dans l'enfance des maux d'yeux et de l'engorgement des glandes cervicales, mais sans un signe de tuberculose. Une tante morte de la poitrine à 26 ans ; père et mère en parfaite santé. Début du mal il y a quelques mois au commencement de septembre, peu après l'établissement des règles. L'affection occupe symétriquement les mains et les doigts qui sont hérissés (dos, paume, bords) de nodosités pisiformes indolores sauf à la pression. Mêmes lésions symétriques très atténuées aux oreilles (bords libres) et aux pieds, rien aux coudes et aux genoux. Début sous la peau inaltérée par de petits nodules adhérents à la face profonde du derme ; plus tard la nodosité se rapproche de la surface et la peau sus-jacente prend une teinte bleuâtre. A ce degré, l'affection rappelle d'assez près l'érythème pernio dont elle se distingue, outre la nodosité originelle, par sa saillie plus grande, sa limitation plus nette, et l'absence de cuisson prurigineuse sous l'influence de la chaleur. Quelques nodules arrivés à cet état disparaissent par résorption lente, sans laisser de traces ; sur le plus grand nombre, un point purulent se forme au sommet. Il est bientôt remplacé par une croûte qui recouvre une ulcération cratériforme. Le processus se termine par la formation d'une cicatrice déprimée, lisse, arrondie, entourée d'une auréole pigmentaire. Avant la période de suppuration les nodosités sont dépourvues de tout orifice visible.

Cliniquement, l'affection est analogue, sinon identique avec celles décrites sous les noms de Folliculite disséminée symétrique des parties glabres (Brocq), Folliculis (Barthélemy), Idrosadénite (Dubreuilh), Spiradénite (Unna), Granulome innominé (Tenneson et Leredde). Sa forme nodulaire fait supposer qu'elle attaque un élément différencié de la peau, sa présence à la paume des mains que cet élément est peut-être la glande sudoripare. Étiologiquement la maladie évolue sur un terrain lymphatique sans tuberculose, au moins dans le cas actuel.

Vitiligo avec taches d'aspect insolite et érythème induré.

Par M. DANLOS

Jeune femme de 22 ans, blanchisseuse, tempérament lymphatique, pas de syphilis acquise, quelques signes très douteux de syphilis héréditaire (érosions dentaires, absence de l'incisive latérale supérieure droite qui serait tombée prématurément). Depuis quinze à dix-huit mois, développement aux deux jambes d'érythème induré (Bazin) sous forme de nombreuses nodosités intra et sous-dermiques qui n'ont jamais suppuré et ont résisté à un traitement spécifique intensif. Vers la même époque apparition sur le corps et les membres d'un vitiligo et de taches d'aspect spécial. Le vitiligo est nettement symétrique, avec maximum aux aisselles. Il présente à ce niveau cette particularité curieuse que les aires achromateuses portent par places en leur milieu des vestiges de pigmentation hyperhémique, sans relief, sans aucune saillie, sans orifices visibles. Des aisselles le vitiligo rayonne sur le cou où il offre l'aspect typique de la syphilide pigmentaire; et sur la face antéro-interne des bras et avant-bras. On le retrouve disséminé, moins visible sur le tronc et les membres inférieurs. Des taches moins régulièrement symétriques que le vitiligo prédominent sur la moitié inférieure du corps, elles sont à bords nets, arrondies, d'un diamètre qui varie de un à six ou sept centimètres, très finement quadrillées, sans aucune saillie ni épaissement de la peau. Leur teinte est d'emblée hyperhémique et pigmentaire, d'où un aspect très finement tigré, leur évolution extrêmement lente; très légère exfoliation sur les plus anciennes. Nombre de ces taches sont entourées d'un large halo, absolument achromique, touchant par sa décoloration sur la tache qu'il encastre et sur la peau normale et plus souvent hyperpigmentée qui l'entoure. Presque confluentes à la face antéro-interne des cuisses, elles sont plus largement espacées sur les fesses, les jambes et même la plante des pieds. On en retrouve quelques-unes sur les bras (face interne) et les avant-bras (face antérieure), aucune à la paume des mains.

L'apparition d'un halo achromique autour des taches, celle de vestiges d'hyperhémie dans les aires décolorées du vitiligo, font supposer que ces taches sont la lésion initiale et que plus tard l'affection se constitue par régression de celles-ci. Étiologie absolument indéterminée, la syphilis ne semble pas devoir être mise en cause.

Ce fait est à rapprocher de celui présenté par Belle à la Société viennoise de dermatologie (15 avril, 1896).

M. DARIER. — Je connais 2 cas qu'on peut rapprocher de celui-ci; l'un est

celui d'une jeune femme qui présente des taches analogues, mais sans vitiligo ; le second cas est celui d'une malade de la ville qui est atteinte de vitiligo, et présente aussi des troubles nerveux.

M. BARTHÉLEMY. — Je suis frappé de la ressemblance de cette affection sur certaines régions, notamment autour de l'oreille droite, avec la syphilide pigmentaire. Et pourtant il ne saurait s'agir ici, je crois du moins, de syphilis. Il y a des lésions érythémato-squameuses, très superficielles, non prurigineuses, encore en activité, et ce cas est intéressant à observer, en ce qu'il démontre bien qu'à une éruption généralisée peuvent succéder des troubles durables dans la disposition de la pigmentation cutanée et aboutir à la résultante objective désignée sous le nom de leucodermie. Ce cas peut nous montrer ce que les Allemands considèrent comme la règle dans la pathogénie de la syphilis pigmentaire ; mais il est certain que ces faits diffèrent de ceux qui sont considérés comme classiques, comme para-syphilitiques en France, et qui, autour du cou notamment n'ont été précédés d'aucune espèce de lésion cutanée, roséolique ou autre.

Dystrophies dentaires hérédo-syphilitiques.

Par GASTOU, GOSSELIN et CHOMPRET.

Depuis quelques années la question des dystrophies dentaires est à l'ordre du jour. On a beaucoup disserté sur leur valeur diagnostique et généralement mal interprété l'opinion de notre maître M. le professeur Fournier, sur leur valeur comme stigmate d'hérédo-syphilis.

M. le professeur Fournier n'a jamais dit que ces dystrophies dentaires ne se rencontraient que chez les syphilitiques ; mais il a insisté sur ce fait qu'elles sont un signe de dégénérescence, et l'un des meilleurs indices des troubles de développement et de nutrition survenus au moment du développement de l'enfant. A ce titre on les rencontre chez tous les sujets qui présentent une tare héréditaire et en particulier chez les arriérés, les idiots, les descendants d'alcooliques ou de tuberculeux, mais dans aucun cas leur existence n'est aussi fréquente que dans l'hérédo-syphilis qui a une influence dystrophique considérable sur l'organisme.

C'est pour montrer la fréquence et l'intérêt de ces dystrophies dentaires dans l'hérédo-syphilis que nous présentons à la Société ces 3 malades.

En voici d'abord l'histoire clinique résumée :

1^{er} Cas. — Charles C..., journalier, salle Saint-Louis 3, âgé de 19 ans, présenté déjà en 1894 à la Société.

Pas de renseignements sur les parents ; six frères et sœurs, 4 morts en

bas âge, deux survivants : le malade actuel et un frère bien portants. Il commence à 12 ans à faire des accidents de suppuration nasale, on croit à un polype qu'on ne peut extraire. A 16 ans, tuméfaction de la racine du nez, suppuration ; on croit à une tuberculose. La lésion est traitée par le grattage : loin de guérir elle gagne en surface et en profondeur, la cloison s'effondre, le nez s'affaisse. Il entre alors dans le service ; en présence des anomalies dentaires et de l'aspect des lésions, on institue le traitement mixte : l'amélioration est subite, rapide : en 2 mois guérison absolue sans récidives depuis 2 ans.

2^e Cas. — Claire T..., 21 ans, cartonniers, salle Henri IV, 8. (Malade présentée à la Société en mai 1896.) — Observations in Thèse de Barasch, 1875, sur : *l'influence dystrophique de l'hérédité syphilitique*.

Peu de renseignements sur le père, la mère, les frères et les sœurs.

La malade a grandi péniblement, marché et parlé tard. Première dent à 18 mois, réglée à 19 ans. — Infantilisme marqué : elle a 21 ans, on lui en donne régulièrement 14 ou 15. Cicatrices multiples : labiales, fessières, trochantériennes. — Placards éruptifs sur le front et la nuque.

Examen oculaire fait par M. le Docteur Sauvinau. Œil droit : astigmatisme mixte et acuité visuelle faible. — Œil gauche : diminué de volume, en strabisme interne. Iris roux-grisâtre ; déviation pupillaire en bas et en dehors, ovalaire. Cristallin cataracté. — Anomalies dentaires.

Chez cette malade, le traitement spécifique a amené une amélioration manifeste, mais depuis il y a eu récidive *in situ* des lésions, sur lesquelles le traitement semble agir actuellement fort peu.

3^e Cas. — Joséphine D..., 19 ans, couturière, salle Henri IV, 37.

Antécédents héréditaires. — Sa mère, âgée de 54 ans, a eu 2 maris et 13 enfants : 10 du premier lit, 3 du second.

Le premier mari est mort paralysé du côté, droit à Bicêtre ; sur 10 enfants de ce premier mariage 9 sont morts en bas âge.

Du 2^m mari, alcoolique, enfermé depuis 16 ans à Ste-Anne, 3 enfants : 1 mort à 1 mois avec une éruption ; une fausse couche de 3 mois et la malade actuelle.

Depuis son enfance, la malade a continuellement des lésions qui évoluent ainsi : nodosités de siège variable (fesses, jambes surtout), qui rougissent, s'ulcèrent sous forme d'une plaie ronde et guérissent. Actuellement elle vient pour des lésions siégeant dans les régions pré-auriculaires et sous-maxillaires droites, à la face interne du bras droit : lésions simulant au cou les gommès tuberculeuses, ayant entraîné au bras un vaste décollement avec clapier purulent et infiltration dure et rouge, du 1/3 inférieur de la face interne du bras droit :

En dehors de ces lésions diagnostiquées de par l'aspect objectif : gommès, elle présente : une kératite double ; un développement retardé : seins rudimentaires, poils axillaires et pubiens rares ; des lésions osseuses : humérus droit, épaissi, tibia gauche à crête déprimé, inégale, à face raboteuse, épaissie ; tibia droit bosselé ; des cicatrices tégumentaires multiples : à la commissure gauche, péri-labiales, aux fesses, à la jambe gauche.

Le traitement mixte entraîne une amélioration rapide.

L'intérêt de ces trois observations très résumées ici, est surtout dans l'examen des dents pratiqué par l'un de nous, le Docteur Chompret, chargé de la partie stomatologique du service de M. le professeur Fournier.

Note de M. le Dr Chompret :

Charles C..., 19 ans, entré salle Saint-Louis, n° 3, en novembre 1896.

Voûte ogivale. — Atrésie de la *partie antérieure* du maxillaire supérieur *Articulation défectueuse* depuis les premières grosses molaires. Les petites molaires supérieures viennent mordre en dedans des petites molaires inférieures. A partir des canines, les arcades dentaires ne se rejoignent plus : six millimètres environ séparent les bords tranchants des incisives supérieures et inférieures. Il paraît y avoir eu affaissement : *déformation de tout l'os incisif*.

Une dépression considérable existe là où devrait se trouver *l'incisive supérieure droite manquant*, n'ayant jamais évolué.

La grande incisive supérieure gauche est en rétroflexion légère avec station interne.

Les incisives latérales sont en antéflexion et en rotation externe.

Le côté gauche du maxillaire supérieur semble s'être avancé pour gagner la place faite par l'atrophie de l'os incisif. C'est ainsi que le cuspidé de la canine supérieure vient frapper le bord libre de l'incisive latérale inférieure ; la première petite molaire supérieure en rétroflexion s'articule avec la canine et la première petite molaire inférieure ; la deuxième petite molaire supérieure vient donner en arrière de la première petite molaire inférieure. A droite, les deux petites molaires en rétroflexion articulent en arrière des dents qui nominalement se trouvent en face d'elles.

Les grosses molaires supérieures n'offrent rien d'anormal.

Au maxillaire inférieur la courbe de l'arcade dentaire est normale. Les incisives centrales sont en rotation interne. Les incisives latérales et les canines sont normales.

A gauche, la première petite molaire est en rotation interne, la face latérale tournée en avant.

La première petite molaire droite est normale.

Les *deux secondes petites molaires manquent* et n'ont jamais évolué. Il existe un espace libre de deux millimètres environ en avant des grosses molaires qui sont normales ; seule la première grosse molaire droite est cariée.

Les dents sont couvertes de tartre, et les gencives, décollées au niveau des incisives inférieures sont légèrement enflammées.

Claire T..., 21 ans, entrée salle Henri IV, n° 8, décembre 1896.

Voûte palatine très profonde. — *Atrésie générale* des deux maxillaires. *Articulation défectueuse* à partir des canines. La surface libre des incisives supérieures est distante d'environ 4 millimètres du bord libre des incisives

inférieures. Cette défectuosité paraît provenir de l'atrophie de l'os intermaxillaire et du nanisme des incisives supérieures et inférieures.

La courbe de l'arcade supérieure paraît normale, et cependant les incisives sont un peu en dehors de cette courbe. Les grandes incisives sont généralement petites : elles ont la forme d'une ovoïde dont le pôle inférieur est coupé par un coup d'ongle : c'est la dent d'Hutchinson. Ces incisives sont en rotation externe.

L'incisive latérale gauche, placée en rotation interne, est petite et a la forme d'un grain de riz.

L'incisive latérale droite manque, et un espace vide sépare l'incisive centrale de la canine de ce côté.

En arrière de l'incisive latérale gauche, et touchant le talon de la canine, se trouve une dent surnuméraire en rétro-latéro-flexion et en rotation interne. Cette dent offre tous les caractères de la dent qui se trouve devant elle.

Les canines placées normalement ont leur surface triturante excavée en forme de cupule. En les regardant de côté, on voit un véritable coup d'ongle qui a enlevé la portion extrême de la dent.

Rien d'anormal aux prémolaires. A gauche, trois molaires dont la première est remarquable par l'effacement des cuspides : on a un véritable plateau. A droite, deux molaires normalement constituées, mais petites.

Au maxillaire inférieur, courbe normale, quoique généralement atrophée. Les incisives inférieures sont naines, très usées, et quelque peu coniques. Leur surface triturante forme un plateau sur lequel se dessinent les courbes concentriques de l'émail et de l'ivoire. Les incisives centrales sont encore plus usées que les incisives latérales. La canine gauche, plus petite que celle de droite, a sa surface triturante unie.

La première petite molaire gauche est en rotation interne ; les autres sont normales et normalement disposées. La première grosse molaire inférieure droite a sa surface triturante érodée. La deuxième grosse molaire droite est normale. Les deux grosses molaires inférieures gauches ont leur surface libre usée — les cuspides presque effacés.

Les collets des incisives supérieures sont recouverts d'une épaisse couche de tartre qui a décollé la gencive et l'a légèrement enflammée.

Joséphine D..., salle Henri IV, n° 37 ; novembre 1894, 18 ans.

Voûte palatine fort profonde. Maxillaire supérieur atrophé, surtout à la partie antérieure. Articulation vicieuse : les incisives supérieures viendraient mordre bout à bout avec les incisives inférieures, si elles n'étaient maintenues écartées d'environ 2 millimètres. Les arcades dentaires ne se rencontrent qu'au niveau des premières petites molaires.

La grande incisive gauche manque ; la dent permanente n'aurait jamais évolué. La grande incisive droite a la forme d'un ovoïde dont la portion centrale bombée et fort lisse est séparée par un coup d'ongle du pôle supérieur érodé. C'est la dent d'Hutchinson.

Les incisives latérales très cariées ne permettent plus de reconnaître aucun caractère spécial. Les canines très saines ont leur talon fort développé en forme de cuspide interne. Vers le bord libre de la canine droite,

une ligne de coloration plus bleue donne l'illusion d'une érosion en coup d'ongle vue par transparence.

Les premières petites molaires sont normales ; celle de gauche a une carie postérieure.

Les autres dents du maxillaire supérieur sauf la deuxième grosse molaire gauche qui commence à se carier, sont réduites à l'état de *chicots* et de *racines* disparaissant sous une muqueuse fongueuse bourgeonnant.

Au maxillaire inférieur, les incisives médianes fort développées présentent de légères érosions à leur surface libre, au-dessus d'un bourrelet limitant la surface normale de la dent. L'incisive latérale droite présente les mêmes lésions. L'incisive latérale gauche dont le bord libre est lisse mousse est une *dent temporaire* qui a persisté. Les deux canines sont également des *dents de lait* : elles ne présentent aucune érosion. Celle de gauche est en antéflexion et en rotation interne.

Les premières petites molaires, aux formes normales, sont également en rotation, mais en sens inverse, leur surface externe tendant à regarder en arrière (rotation externe).

La deuxième petite molaire gauche, bien constituée est en rotation interne, c'est-à-dire encore une fois en sens contraire.

On pourrait donc dire qu'il y a *désorientation* de ces dents.

La deuxième petite molaire droite manque et il ne reste plus que d'*imformes débris* des grosses molaires.

Les gencives au niveau des grosses molaires ou mieux de leurs racines sont très enflammées : elles sont très sensibles. Haleine très forte.

Chez les trois malades que j'ai l'honneur de vous présenter, vous pouvez trouver presque tous les troubles dystrophiques qui ont été signalés dans la syphilis héréditaire et que vous connaissez fort bien, aussi ne m'y arrêterai-je pas. A peine dois-je signaler la fréquence de la persistance des dents de lait et j'appellerai de suite votre attention sur un fait qui ne me paraît pas avoir frappé les auteurs. Je veux parler de l'influence dystrophique toute spéciale de l'hérédosyphilis sur la partie du maxillaire supérieur qui provient du bourgeon nasal tant interne qu'externe.

C'est ainsi que nous pouvons voir dans la syphilis héréditaire tous les stades de la non-formation comme de la malformation de cette région. Au degré le plus élevé, nous avons le bec-de-lièvre. Atrophie ou non coalescence des bourgeons et des arcs ; puis nous trouvons l'atrésie complète ou partielle de l'inter-maxillaire qui nous donnera un défaut d'articulé semblable à celui que présentent nos quatre malades.

Nous noterons aussi, principalement dans cet espace, l'implantation vicieuse et la désorientation des dents ; là également on constatera la persistance de dents temporaires ou le retard dans l'évolution normale de celles qui doivent leur succéder : enfin on y verra certaines dents ne jamais évoluer ou au contraire on se trouvera en présence de dents surnuméraires.

Je vous présente un de ces derniers cas : M^{lle} J. possède deux petites incisives gauches superposées.

A ce sujet, je vous rappellerai la fréquence d'une petite incisive surnuméraire dans le bec-de-lièvre unilatéral ; voilà, je crois, un fait qui méritait d'être rapproché du cas que nous avons sous les yeux. J'y vois deux stades différents mais voisins de l'action dystrophique de la syphilis héréditaire.

M. A. FOURNIER. — L'absence de la deuxième incisive latérale et la fréquence d'un bec-de-lièvre chez les hérédosyphilitiques me paraît fort digne de remarque. Il est deux autres signes sur lesquels je peux attirer l'attention : c'est, d'une part, la dilatation des veines du crâne, dont j'ai vu, dans le service de Budin, de nombreux cas ; d'autre part, les malformations d'organes, et en particulier celles du pavillon de l'oreille, et je ferai remarquer en passant l'analogie de ces faits avec ceux qui résultent des expériences intéressantes de Gley et Charrin, sur les malformations héréditaires obtenues chez des animaux dont les parents ont été soumis à l'action de certaines toxines.

M. THIBIERGE. — Je conteste que l'absence d'incisive latérale supérieure soit un signe certain d'hérédosyphilis, je connais une famille où le fait existe depuis trois générations.

M. A. FOURNIER. — Les ascendants de la première de ces trois générations vivaient à peu près sous Louis XV et il est bien difficile de savoir s'ils ont été ou non syphilitiques ; d'ailleurs, je n'ai point dit — ni personne à ma connaissance — que les malformations de cet ordre provinssent exclusivement de la syphilis, j'affirme seulement qu'elles en dérivent très souvent.

M. VÉRITÉ. — J'attire l'attention sur les gommès ganglionnaires que porte la première de ces malades, on les eût prises aisément pour des accidents scrofuleux, c'est l'ancien scrofulate de vérole dont les idées modernes ont fait justice.

M. BARTHÉLEMY. — Je répondrai à M. Thibierge que la tuberculose, la syphilis, etc., peuvent engendrer des tares, des atrophies, des déformations ; la syphilis en engendre plus que la tuberculose, ces deux diathèses sont de puissants facteurs de déchéance des races humaines. Mais une fois que la syphilis a créé une atrophie ou une malformation qui devient parasymphilitique, qu'y a-t-il d'excessif à admettre que cette tare pourra ensuite être héréditairement transmissible ?

Ulcération phagédénique du pavillon de l'oreille ayant envahi les régions mastoïdienne et temporale.

Par M. HERMET

Le malade que j'ai l'honneur de vous présenter occupe le n° 13 de la salle St-Louis dans le service de M. le professeur Fournier.

Il est entré à l'hôpital le 10 novembre de cette année.

Il n'a aucun antécédent héréditaire. Ses antécédents personnels se bornent à une dartre (?) dit-il, qu'il aurait contractée dans sa jeunesse en soignant des bestiaux et qui occupait la région sourcillière gauche.

Il est âgé de 51 ans.

Il est atteint, vous le voyez, d'une vaste ulcération phagédénique qui a son siège sur l'oreille gauche.

Tout l'organe est hypertrophié dans son ensemble, en même temps que chaque partie est augmentée de volume dans ses plus petits détails; l'hélix et l'anthélix font une grosse saillie. La conque est rebondie, tuméfiée.

Le lobule de l'oreille œdématié, comme éléphantiasique. Les parties avoisinantes, régions temporale et mastoïdienne, participent ainsi que vous le voyez à l'hypertrophie générale.

Mais le fait le plus saillant est l'aspect du pavillon, il semble prêt à tomber, n'étant plus rattaché au crâne que par un pédicule constitué par sa partie supérieure.

Il semblerait que l'oreille a été séparée de la face par un instrument tranchant qui l'aurait sectionnée de bas en haut.

Ce qui donne encore davantage l'illusion d'une chute imminente du pavillon, c'est que tout autour, dans la conque, dans le conduit auditif externe dans les régions temporale et mastoïdienne s'étend une vaste ulcération profonde et ravinée qui la sépare des parties voisines.

Les bords de cette excavation ulcérée sont hypertrophiés, saillants, ce qui en augmente encore en apparence la profondeur.

On dirait une énorme ourlée, dont les bords revêtus de peau se replieraient en dedans.

La paroi de l'excavation n'est pas à pic.

Après avoir formé ce bourrelet saillant qui surplombe légèrement l'excavation, la peau cesse en dessinant une ligne sinueuse, sans décollement, sans solution de continuité, avec les tissus avoisinants.

Il n'y a point de parois à pic, mais une limite nette, entre l'ourlet cutané et l'excavation qui commence de cette limite par une pente douce qui passe sous le pavillon sectionné et se creusant de plus en plus pour aboutir à une sorte de puits qui n'est autre que la place qu'occupaient la conque et le conduit auditif externe; et dont les parois sont constituées par une surface bourgeonnante saignant au moindre contact et recouverte d'une exsudation jaunâtre pyoïde.

Le conduit auditif externe est complètement bouché par ce bourgeonnement en masse.

Il est matériellement impossible d'y introduire le moindre instrument, un stylet même n'y peut pénétrer.

A la moindre tentative d'examen, non seulement la douleur est intense, mais encore la surface devient saignante. C'est ce qui m'a empêché de me rendre compte de l'état de la membrane du tympan.

Il semblerait qu'elle est intacte, ainsi que la caisse, car l'acuité auditive est restée normale.

Il n'y a aucune odeur particulière.

La douleur spontanée est très marquée. Le malade est plus incommodé du volume et de l'aspect de son oreille que de tout autre phénomène.

Les débuts remontent à 1886.

A cette époque apparut dans le conduit auditif externe gauche, au niveau de la conque, une petite ulcération du volume d'une tête d'épingle, qui ne tarda pas à devenir croûteuse.

La croûte tombait accidentellement, ou bien le malade l'arrachait en se grattant, et, graduellement, l'ulcération gagnait en surface et en profondeur, mais dans des proportions infinitésimales, pour ainsi dire, puisqu'au dire du malade, elle atteignait à peine le diamètre d'une pièce de un franc en 1889, c'est-à-dire trois ans après son début.

A cette époque, le malade va à la Pitié, dans un service de chirurgie, et là, sous l'influence de pansements antiseptiques, tout s'arrête, les lésions rétrocedent, la cicatrisation s'opère, le malade se croit guéri.

C'est une illusion.

Les choses recommencent à nouveau, l'ulcération suit une marche progressivement et régulièrement phagédénique, mais lente encore, cependant ; et cela pendant 7 ans.

Superficielle d'abord, puis creusant en trou de mine, cheminant sous forme de galerie circulaire, contournant le conduit auditif, l'ulcération détruit, petit à petit, toutes les parties molles.

En septembre 1896, après des injections sous-cutanées faites dans une clinique, injections sur la nature desquelles le malade ne peut nous fixer d'une façon satisfaisante, tout reprend, avec une activité dévorante pour ainsi dire, comme si la lésion voulait regagner le terrain perdu ; en deux mois, l'excavation se creuse, profonde, destructive, et bientôt le pavillon est presque complètement détaché.

L'aspect que présente la lésion est tel actuellement qu'à première vue on ne peut s'empêcher de songer à un épithélioma térébrant à tendance phagédénique constante, et cependant l'épithélioma ne fait pas habituellement ces sections nettes comme au couteau, dans le genre de celle que vous voyez ici, elles sont généralement plus sinueuses, plus géographiques.

Ce diagnostic d'épithélioma avait du reste été porté presque au début de l'affection en 1888, à l'hôpital Saint-Louis où le malade était venu consulter en médecine d'abord, en chirurgie ensuite.

On fit même à cette époque quelques cautérisations au galvano-cautère, qui n'influèrent en rien sur la marche de la lésion.

M. le professeur Fournier, malgré l'absence d'antécédents spécifiques bien avérés, après avoir fait faire de la lésion, la photographie que je fais

passer sous vos yeux, tenta chez ce malade un traitement d'épreuve, consistant en injections de calomel à la dose de cinq centigrammes, combinés à la prise de 4 grammes d'iodure de potassium par jour.

Dès la troisième injection, l'amélioration a été telle, comme vous pouvez vous en assurer en comparant l'état actuel avec la photographie, que l'hypothèse d'une lésion phagédénique de nature syphilitique s'impose à l'esprit.

L'excavation paraît se combler hâtivement ; les bourgeons charnus se gonflent, une suppuration active, telle qu'on la voit dans la période de réparation des ulcères syphilitiques, s'est manifestée.

Les bourrelets sont moins durs et moins saillants. Tout a changé, l'aspect de la lésion diffère du tout au tout de celui qu'il était il y a trois semaines.

Qu'en adviendra-t-il ?

Est-ce une amélioration passagère analogue à celle qui s'est déjà montrée dans le cours de l'affection ?

Est-ce la guérison ?

On ne peut encore répondre affirmativement, mais on est presque en droit de supposer, étant donnés les résultats rapidement acquis de par le traitement qu'on est en présence d'un phagédénisme tertiaire, conséquence d'une syphilis ancienne ignorée.

Cette amélioration permet dans tous les cas d'insister à nouveau sur une vérité déjà ancienne, mais qu'il est bon de rappeler chaque fois qu'on en trouve l'occasion, à savoir : qu'avant d'intervenir chirurgicalement dans les lésions de cet ordre, malgré même l'absence de tout antécédent spécifique bien avéré, il faut tenter un traitement d'épreuve ; car il serait véritablement cruel d'infliger à un malade une difformité comme celle qui résulte de l'ablation de l'oreille pour une affection que le temps et le traitement approprié suffiraient à guérir.

Syphilis tertiaire mutilante, osseuse et cutanée ; gomme géante du mollet.

Par MM. CHARRIER et RÉNON.

Observation de la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

La malade que nous avons l'honneur de présenter à la Société est entrée le 19 octobre 1896 à l'Hôtel-Dieu, dans le service de notre maître, M. Dieulafoy. Elle nous a paru digne d'être soumise à votre examen, car elle est un rare exemple des vastes ulcérations à marche envahissante et à tendance destructive qui peuvent se rencontrer dans une période avancée de la vérole non traitée au début de l'in-

fection. Elle offre de plus sur le mollet gauche, une gomme géante vraiment exceptionnelle.

Voici en quelques mots l'histoire de cette malade ; âgée de 46 ans, elle a présenté dans sa première et sa seconde enfance des signes évidents de scrofule, tels que gourme, amygdalites à répétition, écoulements d'oreille, etc. Elle a eu une fièvre typhoïde à 24 ans.

Enfin, bien que l'accident primitif ait été méconnu la malade donne des renseignements assez précis sur le début des graves lésions actuelles.

C'est par le coude gauche qu'auraient commencé les grandes ulcérations dont vous pouvez apprécier l'étendue, la profondeur et la nature. Il y a dix ans, dit-elle, elle reçut sur le bras gauche un coup violent : depuis ce moment elle a vu apparaître d'abord au niveau du membre traumatisé, puis sur le bras droit, dans un point symétrique au bras gauche, des gommes qui se sont succédées les unes à côté des autres. En même temps que les lésions gommeuses du tégument externe, la malade a éprouvé des douleurs violentes, surtout la nuit, au niveau de l'extrémité inférieure des humérus ; ces douleurs ont abouti à la formation d'un abcès et à l'élimination d'un séquestre osseux du côté droit. A gauche, il y a encore une fistule qui indique combien le système osseux a été touché.

Successivement, au niveau du sternum se sont produites des lésions identiques, qui ont guéri sans traitement. Les cicatrices très visibles sont caractéristiques.

Enfin, au front, il y a dix-huit mois, la malade a commencé à ressentir de violentes douleurs qui existaient au point où l'on voit aujourd'hui une dépression considérable, un véritable enfoncement du frontal. Cet enfoncement a succédé à un gonflement volumineux dur et très douloureux des parties molles et de l'os. On peut par la lésion actuelle comprendre le processus d'ostéo-périostite gommeuse qui a abouti à la destruction de la table externe de l'os avec épaissement des bords. Nous avons trouvé au musée Dupuytren une pièce qui explique à merveille ce que l'on devine ici. Nous ne pouvons d'ailleurs comparer l'état actuel à celui de la malade lors de son entrée dans le service.

Il nous reste encore à vous montrer la volumineuse tumeur que porte cette malade sur le mollet gauche. Rarement, nous croyons, on peut observer une lésion gommeuse d'une telle grandeur. Les dimensions de cette gomme sont telles qu'en mesurant la circonférence de la jambe saine et celle de la jambe malade en passant par le point culminant on obtient 26 centimètres à droite et près de 34 à gauche.

La malade raconte que cette gomme a débuté il y a environ trois ans, et qu'elle a grossi depuis lors pour atteindre son maximum il y a six semaines : depuis elle semble avoir diminué. En tous cas elle est moins molle, au centre moins dure et moins adhérente à sa base.

Dans cette observation, nous voulons mettre en lumière plusieurs points qui nous semblent particulièrement intéressants.

1° Tout d'abord, jusqu'au 18 octobre 1896, cette femme n'a subi aucun traitement.

Cependant, elle a cicatrisé un certain nombre d'ulcérations gommeuses.

2° Si les dires de la malade sont exacts, il y a dix ans que ces lésions tertiaires sont apparues pour la plupart.

Il y a trois ans que progresse la gomme de la jambe.

Cette extrême lenteur dans la marche envahissante du processus est bien rarement observée.

A quoi peut-on l'attribuer ?

N'est-on pas en droit de se demander s'il ne s'agit pas d'une syphilis évoluant sur un terrain spécial ?

Cette grosse gomme ne ressemble-t-elle pas dans sa marche et un peu dans son aspect à un abcès froid ?

La cicatrice que cette malade présente sur les parties droites du cou ne ressemble-t-elle pas aux cicatrices d'écrouelles ?

Qui ne connaît, comme l'a si bien montré M. Mauriac, la prédilection du tertiariisme osseux chez les strumeux ?

N'avons-nous pas affaire en un mot, sinon à du scrofulate de vérole, tout au moins à ce que l'on pourrait appeler des syphilides scrofuleuses ?

Nous avons soumis cette femme au traitement que M. Fournier préconise, mercure en injections d'huile biiodurée, selon la formule du professeur Panas, et 4 à 6 gr. d'iodure de potassium.

L'amélioration a été très considérable le premier mois ; depuis, elle semble moins rapide.

M. A. FOURNIER. — Ce qui me frappe avant tout dans ce cas, c'est la lenteur extraordinaire de la lésion gommeuse, qui durerait depuis trois ans !

M. FEULARD. — L'évolution des syphilomes gommeux présente parfois une évolution très longue ; je rappellerai notamment un cas dont M. Fournier se souviendra également, qui est celui d'un malade atteint d'un vaste syphilome de la cuisse, dont la lésion est moulée et figure au Musée, et a d'ailleurs été reproduite dans l'atlas du Musée. Dans ce cas l'évolution du syphilome jusqu'au moment où il s'ulcéra, dura plus de deux années.

Syphilis acquise chez un sujet considéré comme hérédo-syphilitique.

Par M. L. LE PILEUR.

En 1876 je fus appelé auprès d'une dame anglaise atteinte de rhumatisme articulaire aigu.

Dans le cours de la maladie qui évolua simplement et sans complications graves, ma cliente me fit, sur ses antécédents, les confidences suivantes :

Mariée à 19 ans, en 1865 à un de ses compatriotes, elle avait fait une fausse couche quatre mois après son mariage. Le médecin qui la soignait lui fit prendre du mercure et de l'iodure de potassium, mais pas assez secrètement pour l'empêcher de se douter de quelque chose et elle ne tarda pas à apprendre que son mari était syphilitique avant son mariage.

Elle redevint enceinte en 1866 et accoucha d'un enfant à terme, vivant encore actuellement. Je dois dire de suite que, si j'ai a nombreuses reprises fait suivre des traitements mercuriels et iodiques à ma cliente, cela a été bien plus par le fait d'une extrême prudence et pour ne pas heurter une dose assez prononcée de syphilomanie que par nécessité absolue, car la santé était bonne et sauf des accidents hystériques fréquents, je n'ai jamais pu constater sur elle la moindre trace de syphilis.

Il n'en était pas de même de son mari que je vis pour la première fois en 1877 et qui avait à cette époque des gommés de la jambe et des syphilitides tuberculeuses du tronc et des cuisses. Celui-ci me raconta qu'il avait contracté la syphilis à 30 ans, qu'il avait cru pouvoir se marier cinq ans après et qu'il avait continuellement des manifestations plus ou moins fortes de son mal. Alcoolique renforcé il se soignait, de plus, d'une façon fort irrégulière. Je le revis encore une ou deux fois à de longs intervalles car il venait rarement à Paris, et pour en finir avec lui, j'appris qu'il était mort à 63 ans d'accidents cérébraux que, d'après la description qui m'en fut faite, je crois pouvoir rapporter à une attaque de delirium tremens.

L'enfant, âgé de dix ans en 1876, n'offrait rien d'extraordinaire au premier abord ; le corps quoiqu'assez bien proportionné n'avait pas les dimensions en rapport avec l'âge, c'était un enfant petit ; mais en examinant la tête et la face on était frappé de la petitesse du crâne et de l'hébété-tude ainsi que de la niaiserie de la physionomie. Un front étroit, un nez fortement retroussé, une bouche constamment entr'ouverte, suffisaient à lui donner ces caractères qui, je me hâte de le dire, étaient dûs en partie, probablement, à des végétations adénoïdes qu'on n'opérait pas alors et qui devaient contribuer à donner à l'enfant, perpétuellement enchifrené, un semblable aspect.

En examinant la bouche, on était frappé de l'étroitesse de la voûte palatine, du microdontisme, de l'irrégularité des dents, de leurs stries et de leurs érosions. Il n'y avait pas là à proprement parler de dents d'Hutchinson, mais il était évident que des troubles trophiques considérables avaient dûs se produire probablement *in utero* puisque dans la première enfance on n'avait remarqué chez lui, ni convulsions ni maladie grave.

Comme signes subjectifs, l'enfant était triste, taciturne, très en retard comme instruction, d'une intelligence peu développée, quoiqu'ayant parfois des réparties originales. D'un entêtement presque maladif, il était sujet à des colères effroyables, donnant lieu à des crises presque épileptiformes.

Cependant j'aurais simplement rapporté tous ces phénomènes, d'une

part au rachitisme, de l'autre à l'alcoolisme du père et à l'hystérie de la mère, si les parents tous deux de belle taille, sans être géants, tous deux remarquablement intelligents, m'avaient paru capable de donner le jour à un produit aussi partiellement imparfait, sans y avoir été amenés par une cause très grave. Or cette cause, je l'avais : c'était la vérole existant d'une façon non douteuse et pré-conceptionnelle ; aussi n'hésitai-je pas, je l'avoue à considérer mon jeune client comme un hérédo-syphilitique.

Pendant près de dix ans, je ne le perdus pas de vue et le soignai pour des maladies de l'enfance : scarlatine, rougeole, varicelle, trois angines herpétiques. En dehors de cela aucune maladie grave, mais des céphalées très fréquentes qui disparurent avec la puberté survenue à 15 ans. En 1886 le jeune homme retourna en Angleterre et je ne le revis plus qu'en 1895.

Il vint me consulter pour une plaie de la verge, que le médecin de campagne voisin de sa propriété ne pouvait guérir. Comme j'étais toujours resté en relations de correspondance avec sa mère, celle-ci lui avait conseillé de venir me trouver et il n'avait pas hésité à faire le voyage et même à s'installer de nouveau en France pour se soigner.

Avril 1895. Le sujet a maintenant 29 ans. Il est d'une taille au-dessous de la moyenne, mais assez bien proportionnée. La face a toujours son même air hébété causé par la bouche presque toujours entr'ouverte. A peine quelques poils follets aux joues et à la lèvre supérieure (le père avait une barbe superbe). L'intelligence s'est développée sans doute, mais à part l'originalité d'esprit que j'ai signalée dans l'enfance et qui a persisté, il y a une certaine niaiserie et une naïveté dans les discours qui permettent de classer le sujet parmi les faibles d'esprit. Il est emphatique, méticuleux à l'excès, prend des notes sur tout, exige qu'on mette les points sur les i avec une insistance et une répétition désespérante.

La bouche et les dents dont je présente le moulage sont tels que je les ai vus à l'âge de dix ans, avec la différence qu'ont pu leur donner vingt années de plus.

Les poils du pubis sont peu fournis ; à droite et à gauche ganglions inguinaux énormes et indolents.

Dans le sillon balano-préputial à droite, chancre infectant type de 3 centim. d'étendue à partir du frein, occupant tout le sillon, envahissant une partie de la couronne du gland et la face interne de ce qui reste du prépuce (le sujet a été circoncis il y a vingt ans).

Roséole papuleuse sur tout le tronc, discrète sur les cuisses et les bras ; angine spécifique, plaques linguales et labiales. Céphalée intense, tristesse morne, se croit perdu.

Le coït infectant remonte au commencement de février et le malade est bien certain de ce qu'il avance, car ses appétits génésiques sont très faibles, il a toujours eu grand'peur des femmes, peur de lui-même, c'est-à-dire de rester en affront et n'ayant eu aucun rapport depuis celui-là, il ne peut, d'autre part incriminer le précédent, qui remonte au mois d'octobre. Le chancre est apparu au mois de mars.

Le malade guérit rapidement, par les injections d'huile grise, des symptômes les plus pénibles, céphalée et angine. Le chancre mit encore près

d'un mois à disparaître. Dans l'automne de 1895 le malade eut encore une nouvelle poussée à la langue et aux lèvres quoique n'étant pas fumeur. Actuellement, vingt et un mois après l'infection, tout a disparu et c'est par raison que le traitement périodique est continué.

De cette observation il semble se dégager deux alternatives

1° Ou bien la syphilis peut être contractée par un herédo-syphilitique :

2° Ou bien les produits de syphilitiques peuvent subir des malformations que M. le D^r Fournier a si bien qualifiées de *para-syphilitiques*, malformations qu'on aurait appelé autrefois du *rachitisme syphilitique* et qui ne dispensent en aucune façon le sujet d'être apte à contracter la syphilis. C'est à cette dernière manière de voir que je me range.

M. FOURNIER. — La communication de M. Le Pileur me fait le plus grand plaisir parce qu'elle me semble confirmer ce que j'ai dit souvent, à savoir que ces *stigmates* ne sont pas réellement des lésions syphilitiques; c'est de la parasyphilis. La preuve, c'est que les sujets chez lesquels on les constate peuvent parfaitement prendre la syphilis.

M. BARLHÉLEMY. — Si la syphilis, récemment acquise s'est déclarée sur un sujet présentant bien les symptômes parasyphilitiques par hérédité, l'infection sera-t-elle atténuée? ou sera-t-elle aussi grave par la suite que si le terrain avait été tout à fait indemne de toute influence spécifique? Si je pose cette question en pensant à la possibilité d'une atténuation, c'est que j'ai vu, dans un cas où le père ayant été syphilitisé et bien traité un an avant son mariage, et le fils aîné, étant toujours resté absolument indemne de toute tare spécifique bien qu'il fût né avant terme, à 7 mois et demi, la syphilis indubitable acquise par ce dernier, rester pendant plus de douze ans remarquablement bénigne malgré un traitement irrégulier et manifestement insuffisant.

M. WICKHAM. — Dans un cas analogue de M. Fournier, la syphilis a été très grave.

Sur le traitement de la syphilis par les injections intra-musculaires de salicylate de mercure

Par MM. H. HALLOPEAU et G. BUREAU

La discussion ouverte, en janvier dernier, dans notre Société, sur le traitement de la syphilis par les injections, et poursuivie pendant toute la durée de deux séances, n'a pu aboutir à des conclusions fermes; notre président l'a terminée en disant: « La question n'est

pas mûre ; nous ne pouvons pas encore donner un code des injections. » Les différences dans la pratique des partisans les plus déterminés de ce mode de traitement montrent que ces paroles sont encore vraies aujourd'hui. Si nous appelons de nouveau l'attention sur cette importante question, c'est parce que nous employons depuis quelques mois un produit dont il a été à peine fait mention dans notre discussion, et qui, peut-être, mérite la préférence sur tous les autres : nous voulons parler du salicylate de mercure.

Son usage est loin d'être nouveau : depuis le jour où notre collègue Silva de Araujo, bientôt suivi par son chef de clinique, notre collègue, Bruno Chaves, l'a introduit dans la pratique, il s'est très répandu à l'étranger ; de nombreux mémoires, parmi lesquels nous citerons surtout ceux de MM. Eicher, Linden, Jadassohn, Blaschko, Petersen, Neumann, etc., ont été publiés sur son action. C'est par centaines de mille que l'on compte aujourd'hui les injections faites avec ce médicament ; notre collègue, le professeur Tarnowsky, l'a, à lui seul, employé plus de 176,000 fois (1).

C'est la connaissance des excellents effets obtenus par cet éminent dermatologue qui nous a amené à l'employer chez nos syphilitiques. Nous devons dire que nous avons été précédé en France par M. Balzer, qui s'en est servi couramment dans son service ; nous en avons pour témoignage l'excellente thèse publiée par son élève, M. Golariu.

Nous avons adopté, en la modifiant légèrement, la pratique de M. Tarnowsky.

Voici la formule que nous employons :

Salicylate de Hg.	4 gr.
Huile de vaseline.	30 »

Chaque centimètre cube renferme environ 13 centigrammes de salicylate de Hg.

Le liquide est préparé de la façon suivante : le salicylate de Hg. porphyrisé, lavé à l'alcool bouillant et séché à l'étuve, est trituré dans un mortier stérilisé avec la quantité déterminée d'huile de vaseline, et le tout introduit dans un flacon également stérilisé. Le liquide doit être récemment préparé, et le salicylate de Hg. bien porphyrisé, pour qu'il n'obstrue pas la lumière de l'aiguille pendant l'injection.

Technique des injections. — Elle est simple : nous employons la seringue de Straus et une longue aiguille en platine iridié. L'injection est pratiquée en plein milieu de la fesse et profondément dans les muscles ; elle ne doit être faite, ni trop haut, ni trop près de la gouttière rétro-trochanterienne, car, dans ces cas, elle est plus douloureuse pour le malade. La

(1) M. le professeur Tarnowsky a bien voulu nous résumer, à ce sujet, les résultats de son immense pratique. Nous le prions d'agréer nos bien sincères remerciements

seringue est bouillie avant chaque séance. Le malade debout, la région fessière lavée au savon et à l'eau, puis à l'alcool ou à l'éther, on enfonce perpendiculairement, et d'un seul coup, jusqu'à la garde, l'aiguille préalablement flambée ; on retire la seringue, pour s'assurer que l'aiguille n'a pas pénétré dans une veine ; puis on injecte lentement un demi-centimètre cube du liquide, on retire vivement l'aiguille, et on fait un peu de massage au niveau de l'injection.

Nous pratiquons généralement à chaque malade deux injections d'un demi-centimètre cube par semaine, ce qui fait une dose d'environ 13 centig. de salicylate de Hg.

M. Tarnowski emploie exclusivement le salicylate de mercure préparé par Heyden, et la vaseline de Merk ; les résultats que nous avons obtenus avec nos produits français ont été aussi satisfaisants que ceux de notre collègue.

Il recommande de ne pas chauffer à blanc les aiguilles pour éviter de leur faire perdre leur poli, ce serait là une cause d'abcès subséquents ; nous n'avons eu aucun accident de ce genre.

M. Tarnowsky donne des doses croissantes, en commençant par deux centigrammes pour atteindre successivement, à deux jours d'intervalle, 0,04, 0,06 et 0,08 centigrammes ; il s'en tient à cette dernière dose pour toutes les injections ultérieures, qu'il répète de deux à trois fois par semaine ; ce dernier chiffre n'est jamais dépassé : le nombre d'injections pour une période de médication est généralement de 16 à 20. Pendant la durée des deux premières années de la maladie, il répète en moyenne ce traitement de cinq à six fois, et ce n'est qu'après qu'il passe au traitement ioduré.

Pour éviter le trop grand nombre d'injections, nous sommes arrivés d'emblée à la dose d'un demi-centimètre cube de notre liquide, représentant six centigrammes et demi du médicament, et nous avons renouvelé régulièrement cette dose deux fois par semaine.

Nous en avons fait usage en ville, chez deux malades atteints, l'un d'une syphilide secondaire à manifestations buccales, l'autre d'une syphilis tertiaire de l'œil.

Nous n'avons pas appliqué ce traitement à tous les syphilitiques que nous avons eus à soigner à l'hôpital ; nous l'avons employé, au contraire, spécialement sur ceux qui nous paraissaient le plus sérieusement atteints et dont l'état nécessitait un traitement actif et rapide. De même, nous l'avons essayé sur des syphilis récentes et sur des syphilis anciennes, chez des malades ayant des accidents secondaires, et chez d'autres présentant des phénomènes tertiaires ; nous ne nous en sommes pas servis non plus uniquement chez des malades hospitalisés ; nous avons aussi traité de cette façon des gens du dehors, venant deux fois par semaine à l'hôpital pour se faire faire leur injection, et qui n'en continuaient pas moins à vaquer à leurs occupations.

M. Tarnowsky n'a eu qu'à se louer de ce moyen thérapeutique ; il n'a pas eu à enregistrer un seul cas de mercurialisme alarmant, ni de complications menaçantes d'aucune sorte ; douze seulement de ses 176,000 injections ont donné lieu à la production d'abcès aseptiques ; la suppuration a paru dépendre, soit d'une piqûre trop superficielle, soit de l'usage

d'une pointe un peu émoussée ou d'une aiguille ayant perdu son poli ou légèrement rouillée à l'intérieur.

En dehors de ces abcès, le seul phénomène réellement fâcheux qu'ait constaté le professeur de Saint-Petersbourg, bien que sans gravité, est la production d'accès de toux accompagnés d'oppression et de malaise dans la région pectorale; ces accès ont duré d'une demi-heure à deux heures et se sont dissipés invariablement sans autres suites graves; M. Blaschko a observé des phénomènes semblables; ils se sont renouvelés environ une fois sur sept cent cinquante piqûres dans la pratique du professeur Tarnowsky; il croit pouvoir affirmer qu'ils coïncident constamment avec l'usage d'aiguilles trop grosses amenant une évacuation trop brusque du contenu de la seringue; il s'agit, selon toute vraisemblance, d'embolies pulmonaires: elles sont remarquables par leur bénignité.

M. Tarnowski voit ce traitement amener la disparition des accidents secondaires avec la même rapidité que les injections de calomel; sur ses 5,500 malades, 20 seulement ont été réfractaires à ces injections; il s'est agi surtout des syphilides psoriasiformes ou de roséoles tardives.

Les résultats que nous avons obtenus dans notre service et en ville confirment pleinement jusqu'ici les observations de M. Tarnowsky.

Le nombre de nos malades ainsi traités s'élève actuellement à 48: ils ont reçu 340 injections; elles ont été pour la plupart pratiquées par nos excellents externes MM. Bony et Boury.

Nous n'avons vu se produire aucun accident; deux de nos malades seulement ont eu des stomatites sans gravité; l'une d'elles a été provoquée par l'injection d'une dose double, 13 centigrammes, la seringue de Pravaz donnant un débit par doubles gouttes.

Les nodosités consécutives aux injections n'ont causé qu'une gêne insignifiante: fait important, la douleur a été presque constamment très modérée; elle n'a nécessité qu'une fois l'interruption du traitement, vraisemblablement après lésion du sciatique.

Les effets produits ont été en général des plus satisfaisants; ils ont été presque toujours manifestes dès la troisième ou la quatrième piqûre; nous avons vu les papules s'affaïsser promptement, les ulcérations cutanées et buccales se cicatriser, les cheveux repousser rapidement dans des cas d'alopécie en clarrière, les signes d'iritis disparaître en peu de temps; fait remarquable, dans deux cas, une albuminurie intense a disparu après un petit nombre d'injections: ce trouble fonctionnel est donc loin de constituer une contre-indication à ce mode de traitement quand il est d'origine syphilitique.

Si nous rapprochons ces faits de ceux qui ont été publiés jusqu'ici, nous arrivons à conclure que les objections opposées par l'un de nous à l'emploi des injections mercurielles dans la pratique courante cessent d'être valables quand il s'agit du salicylate; en effet, on ne peut reprocher à ce médicament de provoquer les douleurs qui font renoncer la plupart des praticiens, à la suite de leurs malades, à l'usage du calomel; d'autre part, son absorption paraît se faire plus régulièrement que celle de l'huile grise: on ne voit pas ces injections être suivies, comme ces dernières, d'une salivation

qui parfois ne se manifeste que plusieurs mois après l'action du médicament ; enfin, s'il survient une embolie, les troubles qu'elle provoque sont passagers et sans gravité alors que l'embolie d'huile grise peut entraîner la mort subite ; deux faits de cette nature ont été publiés par G. Lewin. Sans doute le salicylate finement pulvérisé et mélangé avec de 8 à 10 parties d'huile de vaseline forme une masse beaucoup moins obstruante et résistante au courant sanguin que celle de l'huile grise.

La seule objection que l'on puisse opposer à l'emploi régulier de ces injections repose sur cette assertion que les récidives de syphilides seraient plus fréquentes après elles qu'après celles de calomel : *a priori*, cette manière de voir est bien peu vraisemblable : du moment où le médicament agit d'une manière aussi évidente et aussi puissante sur les manifestations de la syphilis, on ne conçoit guère que cette action puisse être moins durable que celle d'une autre préparation ; selon toute vraisemblance en effet, le médicament n'est plus à l'état de salicylate lorsqu'il vient à s'éliminer par la peau. D'après les indications que nous fournit M. Portes, ce corps se dédouble dans l'organisme ; il se forme un salicylate de soude soluble qui s'élimine en grande partie avec les urines ; le mercure, selon toute vraisemblance, forme un chlorure soluble dans les chlorures alcalins, il ne diffère pas, à cet égard, des autres composés mercuriels ; les différences que présente l'action des diverses combinaisons doivent être dues surtout aux conditions dans lesquelles se fait leur absorption : une fois qu'elles ont pénétré dans le torrent circulatoire, leurs effets doivent être identiques.

Et, Linden affirme, contrairement à Eicher, que les récidives tardives sont peu fréquentes après le traitement par les injections de salicylate d'Hg ; M. Tarnowsky considère deux séries de seize injections comme suffisantes, dans la plupart des cas, pour enrayer le développement de la maladie, et M. Balzer n'a pas observé que les récidives fussent plus fréquentes avec le salicylate qu'avec les autres préparations.

Dans notre pratique, la médication n'a échoué jusqu'ici que chez quatre malades atteints, l'un, d'une amaurose complète, un autre d'une syphilide lichénoïde miliaire qui a résisté également aux injections de calomel, un troisième d'orchite spécifique, le dernier d'une paralysie bulbaire ; elle a été remarquablement bien supportée chez un de nos malades de la ville qui avait été préalablement traité par les frictions et nous a déclaré qu'il préférerait de beaucoup les injections.

Nous formulerons les conclusions suivantes :

1° *Les injections intramusculaires de salicylate d'hydrargyre en suspension dans l'huile de vaseline sont un des meilleurs moyens d'administration du mercure ;*

2° *Les douleurs qu'elles provoquent sont très tolérables, et bien supportées par la grande majorité des sujets ;*

3° *Elles ne déterminent presque jamais la salivation ;*

4° *Elles n'amènent qu'avec une rareté excessive des suppurations locales (12 fois sur 176,000 pratiquées par M. Tarnowsky) ;*

5° *Contrairement aux injections d'huile grise, si, par une faute de pratique, elles pénètrent dans les veines, les accidents d'embolie pulmonaire se dissipent rapidement sans entraîner de suites graves ;*

6° *Elles sont remarquablement actives ;*

7° *Elles peuvent entrer dans la pratique courante de la syphilithérapie ;*

8° *Elles ne sont pas contre-indiquées dans les cas d'albuminurie d'origine syphilitique ; elles peuvent en amener la guérison rapide ;*

9° *Il est peu vraisemblable que, comme on l'a dit, les récidives soient plus fréquentes après ce mode de traitement, car les diverses préparations mercurielles se dédoublent dans l'organisme et leur métal doit se combiner en chlorures solubles ; les différences dans leur activité ne peuvent donc tenir qu'aux conditions dans lesquelles elles s'absorbent ; ces conditions sont des plus favorables pour le salicylate.*

M. BARTHÉLEMY. — Il y a quatre ans, j'ai fait pendant plusieurs mois des injections de salicylate de mercure, dont j'avais entendu parler par des médecins allemands. La dose était de cinq centigr. par gramme d'huile, comme celle du calomel, mais peut-être plus énergique parce que, le salicylate se présentant en particules plus fines et plus nombreuses que le calomel, on pouvait penser que l'assimilation pouvait en être plus facile et plus rapide, à dose égale. Or, les résultats, tout en étant satisfaisants, ne furent pas assez remarquables pour me faire préférer définitivement ce sel. Mes conclusions, que j'ai communiquées l'an dernier au Prof. Tarnowsky, seraient les suivantes : « Il n'y a pas d'avantage à abandonner le calomel et l'huile grise pour le salicylate de mercure ; car les injections, de dose égale ou correspondante, ne sont pas aussi actives que le calomel, et elles sont plus douloureuses que l'huile grise. Quant à cette dernière préparation, si on la donne, selon les sujets, à la dose de trois à six gouttes, ou à la dose habituelle de 3 gouttes 1/2 pour un sujet adulte de force moyenne, on peut être certain de n'avoir aucune espèce d'accident toxique, pas plus d'ailleurs qu'avec les cinq centigrammes de calomel, et il est évident que s'il y avait des accidents avec le calomel, il y aurait les mêmes inconvénients avec le salicylate, qui est aussi une préparation insoluble, suspendue dans l'huile, et pouvant, à la rigueur, faire embolie si l'injection est faite dans de gros vaisseaux. »

M. Hermet parlait tout à l'heure de la grande ressemblance qu'il y a entre les syphilides et l'épithélioma. Je ne rappellerai pas les cas de chancres syphilitiques de la lèvre qui ont été excisés pour des épithéliomas ; mais je rapporterai en deux mots le cas que je viens d'observer : Il s'agissait d'un malade âgé de 60 ans, n'ayant, à sa connaissance, jamais eu la syphilis. Or, depuis plusieurs mois, il était atteint de lésions déformantes de la verge, couverte de nodosités du volume de gros marrons, les unes dures,

les autres ramollies. Un confrère l'ayant soumis à 3 pilules de sublimé et à 2 gr. d'iodure par jour pendant plus d'un mois et n'ayant obtenu aucune amélioration, me l'envoyait avec le diagnostic de cancer à faire opérer si je ne trouvais pas mieux à faire. Je pratiquai une injection de 5 centigr. de calomel, *une seule*. Un mois après, quand le malade revint à Paris, il était tout à fait guéri. Je fis une deuxième injection pour éviter la récurrence. Je publierai l'observation dans quelques mois, quand je serai certain que la guérison aura été définitive. — Voilà un résultat merveilleux, un coup de théâtre, selon l'expression de Fournier, dû au calomel. Je ne crois pas qu'il y ait mieux à l'actif du salicylate de mercure. — Je fais maintenant le traitement suivant : deux injections de calomel, et quatre d'huile grise, par série, séparée par deux mois de repos complet, et je pense, d'après les résultats, que c'est actuellement la méthode la plus efficace pour combattre l'infection syphilitique.

Sur l'importance clinique du chancre mixte.

Par M. Ch. AUDRY (de Toulouse).

Tout le monde sait quelle est l'importance doctrinale de la notion du chancre mixte. La découverte de Rollet est encore la base même de la syphiligraphie, et les acquisitions récentes de la bactériologie relatives au bacille du chancre simple en ont fourni une nouvelle et éclatante confirmation.

Je veux montrer très brièvement que l'importance clinique du chancre mixte est également considérable, et que nous le méconnaissons souvent ; je sais même de très éminents collègues parisiens qui sont un peu sceptiques à l'égard de son existence.

Pendant la dernière année d'exercice de la clinique, nous avons assisté à une recrudescence considérable de chancres simples. Le nombre des individus atteints de cette lésion a passé de 37 à 90.

Parmi ces 90 malades, trois nous ont présenté les phénomènes que voici : ils sont venus à la polyclinique avec des chancres multiples, à incubation courte, à aspect classique, compliqués d'infiltration un peu dure, un peu épaisse. Cette apparence nous a induit à inoculer les chancres. Inoculations positives nettement. Cependant, malgré l'iodoforme, la cicatrisation se fait attendre plus longtemps qu'à l'ordinaire. Enfin, de la façon la plus inattendue, les malades nous reviennent porteurs des accidents irrécusables de la syphilis secondaire.

Ces malades étaient donc, tous les trois, porteurs de chancres mixtes.

On pourra nous reprocher de ne pas donner les trois observations, de n'avoir pas d'examen bactériologique, enfin, la possibilité d'une série de hasards. Il est vrai que ces observations n'ont pas été rédigées parce que tous les malades ne vinrent qu'à la polyclinique, et que tous les trois furent l'occasion d'erreur de diagnostic. Mais je puis heureusement rapprocher de mes propres faits d'autres observations bien meilleures : Krefting (1), l'an passé, a fait connaître dix observations précises et complètes de chancre mixte avec examen bactériologique et constatation du bacille de Ducrey dans le pus des inoculations. Krefting ajoute que s'il a rencontré tant de chancres mixtes, c'est peut-être à cause de la fréquence énorme de cette lésion à Christiania, ville de 175,000 habitants dont la clinique voit chaque année 300 cas de cette maladie. Son raisonnement est en partie confirmé par la petite épidémie toulousaine. Elle corrobore une opinion jadis émise devant nous par M. Besnier qu'en temps d'épidémie de chancres simples, il avait vu 5 p. 100 de chancres mixtes. Enfin, à Breslau, Buschke a rencontré trois fois le bacille de Ducrey dans ses inoculations issues de sécrétions de chancres mixtes (2).

Une seringue à tige micrométrique pour le dosage exact des injections d'huile grise.

Par M. LE PILLEUR.

Lors de la discussion des mois de janvier et février derniers sur les injections intra-musculaires de sels mercuriques, plusieurs de nos collègues, entre autres mon ami Barthélémy, firent au procédé de l'huile grise un gros reproche dont j'étais le premier à reconnaître la justesse. La dose à injecter est si minime (trois gouttes et demie) que les instruments, alors à notre disposition, seringue de Pravaz ou de Roux plus ou moins modifiées, ne remplissaient que très imparfaitement le but qu'on se proposait d'atteindre. Chaque division de la seringue devant équivaloir à une goutte, il était très difficile de placer le curseur exactement entre deux divisions ; de plus, les calibres du corps de pompe, tous en verre, n'étaient jamais égaux. Il en résultait, dans le rapport entre le diamètre du tube et la graduation de la tige du piston, des écarts qui, insignifiants quand il s'agissait de dose massive, calomel, etc., ou même de médicaments moins dangereux tels que la morphine ou d'autres, devenaient un danger permanent dans l'emploi d'un moyen thérapeutique que je

(1) *Monatsh. für prakt. Derm.*, 95, Bd. 2, p. 484.

(2) *Verhandlung des V Deutschen Derm. Congresses.* (P. 18, du tirage à part.)

considère comme excellent, mais qui exige un dosage mathématique.

Très désireux de vaincre ces difficultés que je constatais à chaque instant et qui avaient causé des erreurs graves, j'avais conçu un instrument qui rendît impossible tout accident. Malheureusement, il n'était pas prêt au moment de la discussion et si je l'ai annoncé à cette époque (1) ce n'est que plusieurs semaines après que je l'ai eu enfin en ma possession. Aujourd'hui je m'en sers depuis six mois et je crois pouvoir dire qu'il est aussi parfait que possible.

Je me suis inspiré de l'ancienne seringue de Pravaz, celle dont on se servait il y a 35 ou 40 ans et qui à chaque tour plein du piston donnait ou devait donner la goutte de un centigramme. Voici comment je l'ai modifiée, et comment M. Collin l'a construite pour moi :

L'instrument se compose d'un corps de pompe en celluloïde. Ce corps de pompe est obtenu en forant sur le tour un cylindre de cette matière, de façon à lui donner un calibre rigoureusement exact et semblable dans toute son étendue. — En France on ne sait pas ou on ne veut pas se donner la peine de travailler le verre, et comme au lieu de couler ces petits tubes dans des moules on se borne à les étirer, il en résulte que les corps de pompe en verre sont toujours très irréguliers, non seulement dans leur étendue, mais surtout entre eux, de telle sorte qu'on peut dire qu'il n'y a jamais deux seringues semblables. De plus, en France on ne fait pas de tubes de verre à vis. Mon corps de pompe a six millimètres de diamètre intérieur. Il est terminé par deux montures en ébonite vissées sur lui, l'inférieure ou porte-canule, sur laquelle vient s'adapter à frottement l'embout de l'aiguille, la supérieure, dans laquelle joue librement la tige du piston, porte un pas de vis sur lequel vient s'adapter un écrou métallique à vis. Dans cette dernière pièce se meut et par rotation seulement la tige du piston. Celle-ci est en fer nickelé, terminée supérieurement par une barrette, elle constitue une vis micrométrique dont le pas est de 15/10 d'écartement. Le rapport entre le diamètre du corps de pompe et l'écartement du pas de vis permet de chasser exactement une goutte de un centigramme par chaque tour complet.

Le piston en cuir embouti est terminé par un ménisque en ébonite. Enfin l'aiguille en platine iridié et montée également en ébonite a une longueur de 0,05 centimètres, un calibre externe de 9/10 et un calibre interne de 6/10.

Pour charger la seringue, on dévisse l'écrou, ce qui permet de donner au piston le mouvement de va-et-vient; l'aspiration se fait rapidement, puis on visse l'écrou, on adapte l'aiguille et on chasse l'air en faisant faire au piston autant de tours qu'il est nécessaire.

L'instrument est alors prêt à fonctionner. L'aiguille une fois intro-

(1) Voir *Bulletin de la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1896, p. 53.

duite dans les tissus, on remarque la position occupée par la barrette et chaque demi-tour lui faisant chasser une demi-goutte, on compte sept demi-tours pour injecter trois gouttes et demie en ayant soin, dans le dernier mouvement, de placer la barrette dans la même position qu'au départ.

Le nettoyage est facile, il suffit de dévisser l'embout inférieur et de l'essuyer avec du papier japonais ou de l'ouate hydrophile. On agit de même pour la partie inférieure du piston et du corps de pompe. L'aiguille, qui a été flambée avant l'injection, est de nouveau chauffée au rouge et quand elle est refroidie j'y passe un crin de Florence.

Comme le liquide employé est non seulement antiseptique, mais absolument aseptique tous autres soins, ébullition, etc., sont absolument inutiles. J'emploie cet instrument depuis six mois et je n'ai même plus trace des petits accidents que j'avais pu constater au début de la méthode.

Note sur l'ulcère des pays chauds (clou de Biskra, Gafsa, ulcère annamite, etc.).

Par M. LOUIS DUMONT.

Le dernier numéro du *Bulletin de la Société* renfermait une fort intéressante note de M. Legrain sur le *clou de Biskra*, auquel était incidemment annexé le *clou d'Ouargla*.

Ayant séjourné quatorze mois dans ce poste éloigné de nos possessions sud-algériennes, je n'ai pas été peu surpris d'apprendre l'existence du clou d'Ouargla. Je n'en avais jamais entendu parler et je ne l'avais jamais rencontré, du moins comme entité morbide distincte, décrite sous ce nom et spéciale au pays.

J'y ai vu en effet trois cas d'ulcérations offrant une grande analogie avec cette catégorie d'accidents cutanés connus sous les noms divers de clous de Biskra, de Gafsa, de boutons d'Alep, etc., proches voisins de l'ulcère annamite sinon de même nature.

Voici ces trois observations rapidement résumées :

Obs. I. — N..., gardien de batterie, 32 ans, constitution forte, tempérament sanguin, alcoolique ; pas de syphilis, ni de paludisme ; nulle trace de varices. Huit mois de séjour à Ouargla.

A présenté, du 15 août à fin septembre 1893, une ulcération de la face interne de la jambe droite, immédiatement au-dessus du cou-de-pied. Cette ulcération intéressant tout le derme, de la dimension d'une pièce de cinquante centimes, avait débuté *spontanément* (c'est-à-dire sans traumatisme ni piqure de moustique) par une vésico-pustule entourée d'une

aréole inflammatoire, avec tension douloureuse de la peau ; il y eut même pendant quelques jours de l'œdème de la moitié inférieure du membre. Le traitement a consisté en : 1° repos dans le décubitus horizontal ; 2° lotions phéniquées à 2 p. 100 et application d'une poudre composée de :

poudre de quinquina jaune.	} parties égales.
— d'aloès	
— sous-carbonate de fer	

Obs. II. — D..., 30 ans, officier, constitution moyenne, tempérament lymphatico-sanguin, pas de paludisme, pas de syphilis, très sobre. Onze mois de séjour à Ouargla, trois ans de séjour dans les régions chaudes de l'Algérie

Du 20 août au 15 septembre a présenté une ulcération grande comme une pièce de 20 centimes au niveau de l'os malaire droit : début spontané par une papule rouge, cuisante, puis vésico-pustule avec base d'induration simulant un furoncle et traitée comme telle par des scarifications quadrillées. La vésico-pustule s'ouvre, s'ulcère, et la peau se décolle autour. Traitement indiqué plus haut.

Du 10 septembre au 15 octobre, développement d'une ulcération absolument semblable comme début et comme aspect, à la face dorsale de la main gauche, à la naissance de l'index.

Obs. III. — A..., tirailleur indigène, 35 ans environ ; grand, maigre, sans antécédents connus, nulle trace de varice.

De juillet à fin septembre, ulcération spontanée grande comme une pièce de deux francs à la face interne de la jambe gauche, au tiers moyen. Même marche, même traitement.

Ce qui semble caractériser ces trois observations, c'est :

1° L'apparition spontanée d'une ulcération débutant par une vésico-pustule. On ne trouve dans aucun des 3 cas ni varices, ni traumatisme, ni piqure d'insecte ;

2° La tendance de l'ulcération au décollement et sa lenteur *relative* à bourgeonner ;

3° La ressemblance de l'ulcération avec le furoncle (au début), à tel point qu'elle a pu être prise pour telle ;

Et 4°, sa résistance au simple traitement antiseptique (n° 2), sa rétrocession, sous l'influence de topiques toniques.

Ces divers caractères me semblent bien indiquer qu'il s'agit là d'un trouble dans la circulation dermique, d'une sorte d'anémie cutanée locale produite par l'action prolongée d'une haute température (1).

Je serais volontiers porté à croire qu'il en est de même pour les lésions similaires décrites sous les noms de clous de Biskra, d'Alep,

(1) A Ouargla, de mai à octobre, la température à l'ombre, bien entendu, est dans la journée de 45 à 47°, température permanente *non* maxima, et ne descend presque jamais au-dessous de 36° la nuit.

de Gafsa, etc., rangés à juste titre sous une même étiquette : bouton d'Orient et auxquelles on peut adjoindre l'ulcère annamite et l'ulcère malgache.

A quelques détails près, les lésions sont les mêmes, leur processus plus ou moins long, mais absolument analogue.

Qu'on veuille bien remarquer la date d'apparition de nos trois ulcérations. De même que les clous de Biskra, elles se sont montrées après les fortes chaleurs lorsque l'action dépressive, anémiant de celles-ci s'est exercée pendant un long espace de temps.

On invoque, il est vrai, pour le clou de Biskra, le rôle des mouches, véhicules de germes, lesquelles mouches sont surtout nombreuses au moment de la maturité des dattes. Mais tous ceux qui ont habité les oasis ne savent que trop que ces importuns insectes n'attendent guère la saison des dattes pour pulluler.

L'ulcère annamite, d'autre part, n'est guère autre chose qu'une plaie dont le processus de réparation est arrêté, qui s'ulcère au lieu de bourgeonner. C'est toujours l'indice d'un vice de nutrition cutanée.

En résumé, toutes ces lésions ont une origine commune, une cause identique, l'action prolongée et incessante de la chaleur. Le traumatisme ou le microbe n'est que la cause occasionnelle.

De même que les hautes températures par leur simple action prolongée sur l'organisme donnent lieu à une anémie générale, sans intervention de l'élément palustre, de même sont-elles susceptibles de provoquer des troubles de la circulation cutanée, réalisant ainsi un ensemble de *loci minoris resistentiæ*.

Le soleil possède d'ailleurs à son actif les brûlures superficielles connues sous le nom de *coups de soleil*, constituant une sorte de forme aiguë, mais légère et superficielle de son action sur la peau. Pourquoi ne pas admettre une forme chronique, mais profonde et destructive, l'*ulcère des pays chauds*?

Un cas de maladie de Friedreich. (Syphilis causale. Marche suraiguë. Troubles oculaires rares. Guérison.)

Par M. R. DREYER-DUFER.

Depuis la description de l'ataxie héréditaire par Friedreich au Congrès de Spire en 1861, les observations de cette maladie sont encore relativement rares, et Blocq (1) n'en connaît que 130 observations. C'est aussi une affection complexe dans ses rapports avec les

(1) BLOOQ, in *Manuel de médecine*, t. III, 1894.

autres maladies nerveuses. Oulmont et Ramond (1), dernièrement encore ont essayé de confondre la maladie de Friedreich avec l'hérédotaxie cérébelleuse décrite par Marie en 1893 ; ils en firent deux variétés d'une même affection et pourtant l'hérédotaxie cérébelleuse présente des troubles de la sensibilité, de l'exagération des réflexes, des troubles du fond de l'œil, tous symptômes absolument opposés à ceux existant dans la maladie de Friedreich.

Nous espérons par notre observation, qui a été prise d'une façon scrupuleusement exacte, tant au point de vue étiologique que symptomatique, contribuer à la connaissance parfaite et au diagnostic des ataxies héréditaires.

Voici cette observation prise sur un sujet hospitalisé dans la clinique de notre maître, le Dr Landolt, pour des troubles oculaires sur lesquels nous reviendrons dans la suite :

Antécédents héréditaires. — L'enfant René B... est âgé de 14 ans. Ses parents sont bien portants. Le père, tonnelier, est un ancien soldat de l'infanterie de marine.

La mère est une forte campagnarde sans antécédents personnels.

Antécédents collatéraux. — Mariée six mois après le retour du service de son mari, elle a eu dix enfants.

Deux sont morts, l'un à huit jours du tétanos, l'autre à trois mois et demi de la poitrine.

Un est venu à 7 mois (avant terme).

Un, postérieur à la naissance de notre malade, a eu des convulsions pendant trois ans.

Tous les autres enfants sont bien portants. Jamais de fausse couche.

Antécédents personnels. — René B... est venu à terme.

Rien à noter jusqu'à l'âge de 12 ans. A cette époque, il est soigné pendant un mois et demi pour une fièvre typhoïde, à la suite de laquelle aurait existé pendant quelque temps un certain trouble de la parole, de la lenteur de l'expression. A 13 ans, pendant trois à quatre mois, violentes douleurs dans les oreilles, l'enfant criait des nuits entières. Otorrhée, légère surdité consécutive. Quitte l'école et accompagne son père tonnelier, pour l'aider dans la mise en bouteilles et la fabrication des tonneaux, etc.

Affection actuelle. — Il faut faire remonter le début de l'affection actuelle au mois de mai 1896 : la vue à ce moment se met tout à coup à baisser progressivement. Vers la fin du même mois René B... prend un bain froid dans la Seine ; il en revient souffrant, pris de frissons, ressentant quelques maux de tête. L'abaissement de la vue s'accroît encore.

Puis vers mi-juin, l'enfant commence à se tenir mal sur ses jambes. La mère remarque qu'en marchant il a de la tendance à courir et si on ne le retient pas il menace de tomber. La montée ou la descente d'un escalier est des plus difficiles ; l'enfant lance ses jambes dans celle de la personne

(1) OULMONT et RAMOND. *Mercredi médical*, 26 février 1895.

qui le conduit. Il lui est impossible de monter les marches une à une ; c'est par deux ou par trois qu'il procède.

Le Dr Guillermet, auquel on avait conduit le petit, l'adresse pour la première fois à la clinique le 25 juin dernier. On constate à cette époque une acuité visuelle égale au 6/100 de la normale à gauche et aux 4/100 à droite. Il était donc impossible à l'enfant de se conduire seul. L'examen ophtalmoscopique révèle des lésions de chorio-rétinite ayant retenti sur la pupille qui est pâle, blanche et décolorée. Les artères y sont amincies. Sur toute l'étendue des membranes existe une teinte ardoisée, diffuse, brillante, ressemblant beaucoup à la teinte péripapillaire des cas caractéristiques et sûrs de chorio-rétinite spécifique congénitale, tels que les a observés si souvent A. Antonelli (de Naples), notre collègue à la clinique, et sur lesquels il a en ce moment un travail en préparation.

Il existe également de la périartérite. Les artères peuvent être suivies jusqu'à l'équateur de l'œil et on les voit longées par une traînée blanc-grisâtre, suivant les troncs principaux et se divisant ensuite pour accompagner les branches secondaires. Malgré l'absence de signes autres de syphilis héréditaire ou acquise, il est conclu dans le sens d'une étiologie spécifique de l'affection générale et oculaire, et le traitement mercuriel est conseillé au médecin traitant.

Appliqué à l'état de friction et avec peu d'intensité, il n'a pas d'effet et la mère ramène l'enfant le 3 juillet : son état s'était aggravé, car il était à peine possible de le conduire et les troubles ataxiques avaient envahis les membres supérieurs ; l'enfant ne pouvait plus se nourrir seul, ni se servir de ses membres.

J'examine à ce moment le petit patient au point de vue général et constate :

1° *Ataxie inférieure et supérieure.* — Ce qui frappe en voyant marcher l'enfant c'est la façon dont il marche les jambes écartées et à chaque pas laisse balloter les jambes au loin à droite ou à gauche, sans y mettre de la force. Il se penche sur son conducteur et a tendance à marcher de travers, c'est-à-dire à ne pas se diriger en droite ligne.

Il lui est difficile au repos de se tenir stable. Est-il debout, il reste les jambes écartées, mais vacille à droite et à gauche. Ce trouble est augmenté si on lui fait fermer les yeux. Est-il assis, il restera abandonné à lui-même pour tomber, s'il n'a pas le dos appuyé, à droite ou à gauche sur le divan sur lequel il passe sa journée.

Quant aux membres supérieurs, il lui est impossible de se boutonner, d'enlever sa veste ; il arrive difficilement à prendre un objet placé sur une table devant lui. Malhabile de ses mains, de ses doigts, ses efforts se dirigent à côté du point qu'occupe l'objet qu'on lui recommande de prendre, et si on lui dit de toucher avec un doigt son nez ou une oreille, il ira toujours à côté.

Il n'existe pas de tremblements et la force musculaire est conservée.

2° *Sensibilité* normale — le sens musculaire persiste.

3° *Réflexes* disparus tant aux membres supérieurs qu'inférieurs.

4° *Intelligence* conservée, mais le malade paraît hébété, il reste ainsi ne paraissant pas s'occuper de ce qui se passe autour de lui. Lorsqu'on lui

cause, il reste quelque temps sans répondre. Les paroles sont lentes, hachées, par syllabes.

5^e *Appareil oculaire.* — Nous avons déjà décrit les lésions constatables par l'examen ophtalmoscopique; ce sont :

a) Papilles des nerfs optiques en voie d'atrophie blanche.

b) Chorio-rétinite spécifique héréditaire et périartérite.

A son entrée à la clinique il existait en outre :

c) De la parésie du droit interne de l'œil droit provoquant un léger strabisme divergent et une diplopie croisée manifeste.

d) De la parésie des mouvements associés de convergence (impossibilité de fixer un objet rapproché).

e) De la paralysie de l'accommodation. — Mydriase. — Les pupilles réagissaient à la lumière, mais restaient dilatées lorsqu'on faisait fixer un objet rapproché; il faut noter que c'est le phénomène inverse de celui décrit par Argyll Robertson. Ces deux derniers phénomènes paralytiques sont caractéristiques de la paralysie essentielle de la convergence décrite par M. Parinaud (1) et signalée déjà par Landolt (2), dans l'ataxie locomotrice.

f) Cécité pour le vert et le jaune.

g) Léger degré de nystagmus dans les regards extrêmes.

h) Selles et mictions normales.

Tous les organes sont sains.

DISCUSSION. — I. *Symptômes.* — Nous avons fait des recherches au sujet des troubles oculaires décrits dans la maladie de Friedreich : le nystagmus et les paralysies musculaires sont les plus fréquents. Bernabei (3) a observé une névrite optique. Sunkler Wharton (4) a noté l'atrophie des papilles au début et des troubles du sens des couleurs.

La paralysie essentielle de la convergence est donc à noter.

La chorio-rétinite héréditaire et la périartérite n'ont pas encore été citées. Cette constatation de lésions vasculaires des membranes de l'œil a une certaine importance et, si ce cas avait eu une terminaison funeste, peut-être aurions-nous trouvé les vaisseaux des centres nerveux atteints de lésions de même genre.

C'est intéressant, car on sait en effet que, en ce qui touche le processus morbide de la maladie de Friedreich, deux théories sont actuellement en présence : Dejerine, Letulle, Betcherew, Guizetti (5) pensent qu'il s'agit dans cette affection d'une gliose pure; Blocq et Marinesco, Schultze (6) après Pitt, au lieu d'une sclérose névroglique pure en font une sclérose vasculaire.

(1) PARINAUD. Paralysie de la convergence. *Soc. d'ophth.*, 1886, p. 23.

(2) WECKER et LANDOLT. *Traité d'ophth.*, t. III, p. 923.

(3) BERNABEI. *Riforma medica*, mai 1888.

(4) SUNKLER WHARTON. *Medical News*, juillet 1885.

(5) GUIZETTI. *Il Policlinico*, 1894, p. 438.

(6) SCHULTZE. *Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilk.*, v. I, 1894.

II. *Marche.* — La rapidité évolutive de cette affection est remarquable chez notre malade. Marie, dans ses belles leçons faites à la Faculté en 1891 sur la maladie de Friedreich, a montré que ce n'est qu'au bout de quelques années, 3 à 5 ans en moyenne, que l'ataxie des membres supérieurs est nettement caractérisée. Ici, en deux mois à peine le malheureux enfant était arrivé au plus haut degré de l'ataxie, les membres supérieurs étaient envahis. Il y avait impossibilité de ne rien faire sans aide.

III. *Pronostic.* — C'est cette marche rapide qui n'avait pas laissé à la scoliose vertébrale, aux déformations des pieds le temps de se produire, cette rétino-choroïdite syphilitique qui nous fit porter, au point de vue général surtout, un pronostic plutôt favorable. Les lésions atrophiques de la papille laissaient une amélioration de la vue possible, mais jamais, c'était notre pensée, le retour de l'intégrité de la vision.

IV. *Traitement.* — Un traitement intensif fut donc appliqué, tel que le réclame toute syphilis grave, cérébrale ou médullaire. Celui-ci consista en injections sous-cutanées quotidiennes de sublimé (1 centig. par jour) et en 3 grammes par jour d'iodure de potassium.

SUITES. — Le pronostic posé était le bon, car sous l'influence de ce traitement actif, l'élocution s'améliora, l'ataxie s'amenda, la parésie des mouvements associés de convergence disparut, les réflexes rotuliens reparurent et actuellement toute trace de l'affection générale a disparu. Du reste voici les annotations faites au jour le jour.

15 juillet. 7^e piqûre. La vue reste la même. L'enfant s'exprime plus facilement, la marche est plus assurée. Les jambes sont moins lancées.

Le 17. 9^e piqûre. Mange plus facilement. Touche plus rapidement son nez. La parésie du droit interne droit paraît moindre.

Le 18. 10^e piqûre. Les pupilles commencent à réagir à l'accommodation. Marche mieux, les jambes moins écartées, en ligne droite. Tourne plus rapidement. Les yeux fermés et dans la station debout ne tombe pas.

Le 20. 12^e piqûre. L'enfant va réellement bien, il marche avec assurance. L'ataxie supérieure va beaucoup mieux. L'enfant commence à converger. Les réflexes rotuliens réapparaissent. Pupilles réagissent bien à la convergence et à la lumière.

Le 28. 20^e piqûre. La vision à gauche égale 1/10 de la normale. Les signes de choroïdite diminuent. Toute ataxie a disparu. Réflexes rotuliens normaux. L'enfant quitte la clinique.

24 août. A gauche : la vision est égale aux 8/10 de la normale. Segment temporal de la papille encore très blanc.

A droite : L'acuité visuelle est égale au 6/10 de la normale. Papille blanche. Grandes veines normales, une moyenne interrompue dans son parcours, les petites tortueuses.

Des deux côtés, champ visuel uniformément rétréci, 65° en dehors.

14 octobre. *L'acuité visuelle est normale aux deux yeux. Plus de traces de l'affection générale, sauf une certaine paresse du réflexe rotulien.*

Telle est l'histoire de notre malade. Malgré l'absence de scoliose, de déformation des pieds et la marche rapide (2 mois pour les troubles généraux), nous avons qualifié cette affection du nom de **MALADIE DE FRIEDREICH**. Les principaux symptômes de cette maladie sont réunis dans ce cas :

Ataxie spéciale s'étendant rapidement aux membres supérieurs. Instabilité. Pas de trouble de sensibilité. Absence des réflexes rotuliens. Nystagmus.

Du reste, en 1890, M. le professeur Fournier, présentant à votre Société un malade atteint de tabes aigu guéri par le traitement spécifique, a terminé sa communication par les paroles suivantes :

« Si les symptômes que je viens d'énumérer avaient été répartis sur un laps de temps de 2 ou 3 années, le diagnostic d'ataxie locomotrice se serait évidemment imposé de lui-même. Il n'y a pas de raison de le repousser parce qu'ils se sont condensés en quelques semaines. »

Nous agissons de même ; mais en tous cas, si on ne nous reconnaît pas le droit de dénommer cette affection : **MALADIE DE FRIEDREICH**, nous croyons que cette observation présente un intérêt assez grand en tant que **SYPHILIS CÉRÉBRO-SPINALE SIMULANT UNE MALADIE DE FRIEDREICH**, pour mériter la publication.

Ont été élus membres titulaires dans la séance du 9 juillet :

MM. BABON,
BERDAL,
L. BRODIER,
ÉMERY,
J. LAFFITTE,
M. SÉE,
DE SAINT-GERMAIN,
MELCHIOR ROBERT.

Le Secrétaire,
L. JACQUET.

TABLE DES MATIÈRES

Acanthosis nigricans. — Un cas d'acanthosis nigricans, par MM. TEN- NISON et LEREDDE.....	508
— Mélanodermie, Maladie d'Addison ou acanthosis nigricans, par M. DU CASTEL.....	514
Addison (Maladie d') : Voir <i>Acanthosis nigricans</i> .	
Arsenicales (Préparations). — Sur quelques préparations arsenicales, par M. DANLOS.....	415
— Sur un mode non décrit d'intoxication arsenicale, par M. VÉRITÉ.....	554
Biopsies. — Note sur la pratique des biopsies, par M. AUDEY.....	49
Blennorrhagie. — Traitement de la blennorrhagie par l'airoi, par MM. LE- GUEU et LÉVY.....	106
Calomel (Injection) : Voir <i>Syphilis</i> .	
Chancres indurés : Voir <i>Syphilis</i> .	
Chancres mous. — Chancres mous de la langue, par MM. EMERY et SABOU- RAUD.....	92
Clou de Biskra. — Note sur le clou de Biskra, par M. LEGRAIN.....	489
Collodion à l'huile de cade, par M. GAUCHER.....	539
Darier (Maladie de). — Sur un nouveau cas de maladie de Darier et ses rapports avec la dystrophie papillo-pigmentaire, par M. HALLOPEAU.....	379
— Note sur l'anatomie pathologique de la maladie dite psorospermose follicu- laire végétante, par M. DARIER.....	384
Dermatite : Voir <i>Erythrodermie</i> .	
— Dermatite chronique exfoliante ou érythème prémycosique, par M. DANLOS.	23
— Étude histologique, par M. LEREDDE.....	23
— Dermatite exfoliante généralisée d'origine mercurielle, par M. FOURNIER..	21
— Deuxième note.....	88
— Dermatite exfoliatrice d'origine mercurielle à la suite de pansements au sublimé, par M. EUDLITZ.....	442
— Trois cas d'hydrargyrie, par M. FOURNIER.....	367
— Sur une dermatite pustuleuse multiforme à poussées successives, par MM. HALLOPEAU et PRIEUR.....	110
— Deuxième note sur une dermatite suppurative multiforme, par MM. HALLO- PEAU et PRIEUR.....	175
— Dermatite eczématiforme en placards ; généralisation, par M. GASTOU.....	212
— Sur une forme de dermatite pustulo-ulcéreuse généralisée, par MM. GASTOU et CANUET.....	297
Dermatite bulleuse congénitale avec kystes épidermiques...	306
Deuxième note, par M. HALLOPEAU.....	360
Dermatite herpétiforme. — Dermatite herpétiforme au cours de la gros- sesse, par M. CANUET.....	373

Dermatite herpétiforme. — Note au sujet de la présentation de M. Canuet, par M. GASTOU.....	374
— Dermatite herpétiforme de Dühring, Eosinophilie, par M. DARIER.....	40
— Nouvelle note sur les caractères anatomiques de la maladie de Dühring, par M. LEREDDE.....	405
— Réflexions, à propos d'un cas de dermatite herpétiforme, sur la nature de cette affection, par MM. GAUCHER et CLAUDIN.....	456
— Pemphigus et maladie de Dühring; Troubles nerveux et arthropathies, par MM. GAUCHER et GASTOU.....	519
— Dermatites herpétiformes et pemphigus foliacés au point de vue éosinophilique, par MM. HALLOPEAU et LAFFITE.....	585
Dermato-sclérose : Voir <i>Sclérodermie</i> .	
Dermatose. — Dermatose paludique, par M. BROOQ.....	6
— Dermatose lichenôïde par M. DANLOS.....	361
Dyshidrose. — Deux cas de dyshidrose palmaire, par M. GASTOU.....	423
Ecthyma. — Ecthyma térébrant de la verge, par MM. DARIER et CHAILLOUS.....	504
— Ecthyma scrofuleux, par MM. GASTOU et EMERY.....	581
Eczéma. — Cas d'eczéma syphiloïde du cuir chevelu d'origine médicamenteuse et séborrhéique, par M. ALGLAVE.....	425
— Dermite eczématiforme en placards et tuberculisation, par M. GASTOU....	212
Éléphantiasis. — Éléphantiasis des organes génitaux externes consécutif à l'ablation des ganglions inguinaux, par M. BROUARDEL.....	422
Épilation. — Un point de technique de l'épilation électrolytique, par M. DUBREUILH.....	342
— Note pour servir à l'histoire des éruptions d'origine palustre, par M. BROOQ.....	6
Éruption. — Éruption généralisée chez un ouvrier employé aux désinfections, par M. DU CASTEL.....	479
— Éruption ano-vulvaire peut-être de nature syphilitique, par M. DU CASTEL.....	528
— Éruption pemphigôïde du cuir chevelu, par MM. GAUCHER et BARBE....	89
— Éruption ano-vulvaire peut-être de nature syphilitique, par M. FEULAND..	569
Érythèmes. — Érythème polymorphe chez une malade à hérédité tuberculeuse, par MM. GASTOU et KEIM.....	29
— Érythème bulleux suraigu des mains, par MM. HALLOPEAU et JOUSSET..	193
— Deuxième note, par MM. HALLOPEAU et JOUSSET.....	210
— Éruption érythémato-bulleuse et végétante chez une malade soumise à l'usage du sirop de Gibert, par M. DU CASTEL.....	244
— Érythème multiforme et néphrite aiguë par surmenage et toxo-infection, par M. SABRAZES.....	333
— Érythème polymorphe récidivant, par M. BRAULT.....	356
Érythrodermie. — Érythrodermie exfoliante de nature probablement mycosique, par MM. DANLOS et LEREDDE.....	23
— Deuxième note.....	560
— Sur une érythrodermie à évolution et caractères anormaux, par M. GASTOU.....	378
Filaire de Médine, par M. PERRIN, de Marseille.....	549
Folliculis. — Sur un nouveau cas de l'affection dite <i>follicite</i> et ses rapports possibles avec la tuberculose, par MM. HALLOPEAU et BUREAU.....	543

Folliculitis. — Deuxième note.....	571
— Un cas de folliculitis, par M. DANLOS.....	586
Voir : <i>Tuberculides</i> .	
Folliculites. — Folliculitis scrofulosorum, par M. DU CASTEL.....	228
Voir : <i>Lichen scrofulosorum</i> .	
Folliculites lymphatiques. — Folliculites lymphatiques du prépuce au cours de la blennorrhagie, par M. AUDRY.....	347
Furuncle. — Traitement du furoncle au début par les scarifications, par M. DUMONT.....	552
Gale. — Trois cents cas de gale traités par le baume du Pérou, par MM. JULLIEN et DESCOULEURS.....	277
Gangrène. — Néphrite albumineuse, phlébite double, gangrène symétrique superficielle des orteils, par MM. GASTOU et KEIM.....	81
— Gangrène massive symétrique des extrémités inférieures, par M. LEGRAIN.....	488
— Gangrène de la verge, par M. DU CASTEL.....	501
— Gangrène spontanée de la verge, par M. A. FOURNIER.....	507
Greffes. — Application des greffes dermo-épidermiques, par M. TERRIEN.....	208
Hydrargyrie. — Voir : <i>Dermatite</i> .	
Hydroa. — Hydroa vésiculeux de Bazin, par M. DANLOS.....	38
Intertrigo. — Traitement de l'intertrigo par l'acide chromique, par M. BRAULT.....	357
Lèpre. — Sur un cas de lèpre, par MM. GAUCHER et BENSAUDE.....	98
— Sur les formes frustes ou abortives de la lèpre, par M. EHLERS.....	225
Leucoplasie. — Un cas de leucoplasie linguale, par M. JULLIEN.....	95
— Buccale, par M. BARTHÉLEMY.....	174
Lichen plan. — Sur un nouveau cas de lichen plan atrophique, par M. HALLOPEAU.....	33
— Sur un lichen plan en cravate et un lichen plan avec éléments acuminés, par M. HALLOPEAU.....	272
— Sur un lichen plan limité à la muqueuse buccale, par MM. HALLOPEAU et SCHROEDER.....	540
Lichen scrofulosorum. — Note sur un cas typique de lichen scrofulosorum, par MM. HALLOPEAU et BUREAU.....	482
— Deuxième note.....	496
Lipomes. — Lipomes symétriques généralisés, par M. DU CASTEL.....	579
Lupus érythémateux. — Note sur un cas de lupus érythémateux traité par des injections de sérum d'agneau, par M. LEGRAIN.....	43
— Lupus érythémateux de cuir chevelu, par M. MÉNEAU.....	279
Lupus tuberculeux. — Sur un nouveau cas d'amélioration durable d'un lupus par l'érysipèle, par MM. HALLOPEAU et BUREAU.....	429
(Voir : <i>Tuberculose</i> .)	
— Quelques cas de lupus traités par les caustiques chimiques, par M. MARTINET.....	433
Lymphadénie. — Deux cas de lymphadénie avec éruptions prurigineuses, par MM. HALLOPEAU et PRIEUR.....	268
Mycosis fongoïde. — Dermatite chronique exfoliante ou érythème pré-mycosique, par MM. DANLOS et LEBEDDE.....	23
— Deuxième note.....	560

Mycosis fongoi de. — Érythrodermie mycosique, par M. HALLOPEAU.....	232
— Sur un cas de mycosis fongoide avec poussées bulleuses, par MM. HALLOPEAU et BUREAU.....	247
— Mycosis fongoide, par MM. HALLOPEAU et BUREAU.....	480
— Deuxième note.....	496
— Troisième note.....	571
— Sur des nodules intradermiques dans le mycosis, par M. WICKHAM.....	568
Nævus . — Nævus acnéique unilatéral en bande et en plaques, par M. THIBIERGE.....	531
Paget (maladie de). — Note sur un cas de maladie de Paget, par le Dr AUDRY.....	350
Pelade . — Sur les origines de la pelade, par M. SABOURAUD.....	400
Pemphigus . — Sur un cas de pemphigus foliacé consécutif à une dermatite herpétiforme, par MM. HALLOPEAU et JOUSSET.....	188
— Sur un pemphigus foliacé, par M. HALLOPEAU.....	207
— Pemphigus et maladie de Dühring avec troubles nerveux et arthropathies, par MM. GAUCHER et GASTOU.....	519
— De l'origine myélopathique des pemphigus, par M. GASTOU.....	526
Pityriasis rubra-pilaire , par M. DU CASTEL.....	478
Prurigo . — Prurigo diathésique chez un enfant, par M. FEULARD.....	451
Pseudo-pelade . — Sur une pseudo-pelade probablement trophonévrotique, par M. HALLOPEAU.....	431
Psoriasis . — Psoriasis avec arthropathies, par M. DANLOS.....	27
— Étude sur le psoriasis palmaire, par M. DARIER.....	315
— Traitement du psoriasis par les injections mercurielles, par M. BRAULT....	496
— Traitement du psoriasis par les injections de calomel, par M. BERTARELLI.....	553
Psorospermose . — Voir : <i>Mal. de Darier</i>	000
Purpura . — Éruption purpurique des doigts, par M. DU CASTEL.....	366
Rapport annuel , par M. HALLOPEAU.....	211
Sarcome . — Deux cas de sarcomes primitifs de la peau, par MM. LEGRAIN et du BOURGUET.....	41
— Vaste sarcome de la peau, par MM. LEGRAIN et PERRUSSET.....	43
— Deux observations de sarcome de la main, par M. LEGRAIN.....	445
Sclérodermie . — Présentation d'une fillette atteinte de sclérodermie, par MM. BROOQ et VEILLON.....	303
— Cas de dermatosclérose, sclérodermie en plaques, par M. DANLOS.....	429
Statistique d'un service de Saint-Lazare pour l'année 1894, par M. BARTHÉLEMY.....	228
Syphilis . — Épididymite syphilitique secondaire, par M. DARIER.....	13
— Accident syphilitique tertiaire simulant un cancer, par M. STIEG.....	15
— Gomme du sein, par M. EMERY.....	36
— Synovite syphilitique, par M. DU CASTEL.....	86
— Ulcération chancriforme chez un ancien syphilitique, par M. DU CASTEL..	181
— Pleurésie syphilitique du stade roséolique, par MM. SPILLMANN et ETIENNE.....	107
— Syphilis mutilante d'origine infantile, par M. DANLOS.....	186
— Sur une syphilide en nappe du cuir chevelu simulant l'eczéma séborrhéique, par MM. HALLOPEAU et BUREAU.....	196
— Sur une variété de syphilis médullaire, par M. FOURNIER.....	198
— Du chichisme gastrique chez les syphilitiques traités, par MM. GASTOU et BABON.....	205

Syphilis. — Infantillisme; suite de syphilis acquise, par M. EUDLITZ.....	321
— Sur la pathogénie de la dysphagie secondaire, par M. AUGAGNEUR.....	255
— Gangrène de la muqueuse du palais dans un cas de syphilis infantile héréditaire, par M. BALNER.....	260
— Note sur la prolongation excessive de la période secondaire, par M. BARTHELEMY.....	263
— Note sur les plaques desquamatives tardives de la langue, par M. MORRE-LAVALLEE.....	375
— Syphilis tertiaire, septicoémie syphilitique, par MM. FOURNIER et GASTOU.....	291
— Curabilité de la syphilide dépigmentaire, par M. JULLIEN.....	315
— Polynévrite diffuse dans la période secondaire de la syphilis, par MM. SPILL-MANN et ETIENNE.....	343
— Gastropathie médicamenteuse des syphilitiques, par MM. GASTOU et BABON.....	357
— Chancre labial, par M. DANLOS.....	360
— Syphilis héréditaire tardive chez une malade de 68 ans, par M. FOURNIER.....	370
— Syphilis acquise infantile, par M. CANUET.....	375
— Syphilis héréditaire, arrêts de développement multiples, par MM. GASTOU et BARASCH.....	376
— Deux cas d'anévrysmes syphilitiques, par M. BROUARDEL.....	391
— Note sur deux cas de vitiligo chez des indigènes algériens syphilitiques, par M. REY.....	395
— Des artérites syphilitiques rétinienne avec thromboses consécutives, par M. GALEZOWSKI.....	411
— Syphilose cérébro-spinale; Deux fœtus aphasiques; Méningeo-myélite cervicale supérieure, par M. FOURNIER.....	411
— Pseudo-lupus syphilitique; le calomel a-t-il une action sur le lupus, par M. FOURNIER.....	413
— Syphilis mutilante de la face simulant la scrofule, par M. DANLOS.....	428
— Syphilis maligne, par M. CANUET.....	437
— Syphilis maligne précoce, par MM. CANUET et BARASCH.....	439
— Syphilis héréditaire, tardive; syphilomes chancreiformes de la verge, par M. LEGRAIN.....	443
— Stigmates de syphilis héréditaire, dents d'Hutchinson, par M. FEULARD.....	448
— Syphilis héréditaire, par M. FEULARD.....	450
— Contagion hospitalière de la syphilis, par M. BROUARDEL.....	453
— Glossite syphilitique développée malgré le traitement par des injections de calomel, par M. BROUARDEL.....	455
— Un cas de laryngite tertiaire grave traité par les injections de calomel, par M. MENDES.....	468
— Hémiplegie spinale syphilitique survenue au début de la période secondaire, par M. FOURNIER.....	471
— Chancres indurés multiples, par M. CANUET.....	476
— Gommès syphilitiques, atrophies musculaires multiples, par M. DU CASTEL.....	477
— Pseudo-lupus syphilitique, par M. FOURNIER.....	478
— Myélite syphilitique aiguë précoce, par M. BEAULT.....	491
— Arthropathies syphilitiques, par M. DANLOS.....	556
— Nomination d'une commission chargée de rechercher les réformes à introduire dans les services de syphilitiques pour y prévenir la contagion.....	566

Syphilis. — Hérédo-syphilis ; lésions fessières de nature indéterminée, par	
M. DU CASTEL.....	528
— Dystrophies dentaires hérédo-syphilitiques, par MM. GASTOU et CHOMPRET.....	588
— Syphilis tertiaire mutilante, par MM. CHARRIER et RENON.....	506
— Syphilis acquise chez un hérédo-syphilitique, par M. LE FILMUR.....	589
— Sur l'importance clinique du chancre mixte, par M. AUDRY.....	607
— Maladie de Friedreich ; syphilis causale, par M. DREYER-DOYNE.....	612
Syphilis (traitement de la). — Des injections intra-musculaires d'huile	
grise, par M. LE FILMUR.....	45
— Note sur les injections de préparations mercurielles insolubles dans le traitement de la syphilis — indications comparées des injections de calomel et d'huile grise, indication générale de la méthode des préparations insolubles, par M. THIRIÉ.....	55
— Des injections de calomel dans le traitement de la syphilis, par M. JULIEN.....	64
— Présentation d'ampoules de verre contenant le liquide à injecter, par M. WICKHAM.....	88
— Contribution à l'étude du traitement par les injections de calomel, par M. PORTALIER.....	117
— Des injections sous-cutanées mercurielles dans le traitement de la syphilis, par M. ABADIE.....	130
— Un coup d'œil sur la traitement au moyen des injections de calomel, par M. SCARENICO.....	135
— Au sujet des injections de calomel, par MM. REY et JULIEN.....	138
— Les injections d'huile au bi-iodate, par M. DE LAVARENNE.....	140
— Traitement par les injections de préparations insolubles, par M. BARTHÉLEMY.....	149
— Sur la valeur des injections hypodermiques dans le traitement de la syphilis, par M. HALLOPEAU.....	163
— A propos de la discussion sur les injections insolubles, etc., par M. GALCZOWSKI.....	165
— Pseudo-lupus syphilitique ; le calomel a-t-il une action sur le lupus, par M. FOURNIER.....	413
— Glossite syphilitique développée malgré le traitement par les injections de calomel, par M. BROUARDEL.....	455
— Un cas de laryngite tertiaire grave traité par les injections de calomel, par M. MENDEL.....	468
— Sur le traitement de la syphilis par les injections de salicylate de mercure, par MM. HALLOPEAU et BURBAU.....	601
— Seringue pour le dosage exact des injections d'huile grise, par M. LE FILMUR.....	608
Trichophytie. — Traitement de l'onchomycose trichophytique, par M. SABBOURAUD.....	2
Trophonévrose. — Trophonévrose érythémato-bulleuse de la face et du cuir chevelu, par MM. GAUCHER et BARRE.....	426
Tuberculides. — Des tuberculides cutanées, par M. DARIER.....	374
Tuberculose cutanée. — Note sur une nouvelle forme pemphigide de tuberculose cutanée, par M. HALLOPEAU.....	2
— Sur un cas de tuberculose du poignet guérie par les injections de cantharidate de potasse, par M. BRANTHOMME.....	40

Tuberculose cutanée. — Scrofulo-tuberculose cutanée à poussées multiples, par M. FEULARD.....	179
— Scrofulo-tuberculose cutanée consécutive à la varicelle, par M. FEULARD.....	180
— Ulcération tuberculeuse de la face palmaire du médian, par M. DU CASTEL.....	183
Voir : <i>Lupus</i> .	
— Sur la genèse et le rôle pathogénique des folliculites disséminées chez les tuberculeux, par M. HALLOPEAU.....	208
— Ulcérations tuberculeuses de l'anus et du doigt, par M. DU CASTEL.....	222
— Tuberculose de la main et de l'avant-bras, par M. DU CASTEL.....	364
Ulcération. — Ulcération échanoriforme du sein, par M. BESNIER.....	87
— Ulcération phagédénique, par M. HERMET.....	594
— Ulcère des pays chauds, par M. DUMONT.....	610
Ulcères annamites, par MM. GAUCHER et TOUVENAIN.....	17
— Note sur l'ulcère annamite et son traitement, par M. MOTY.....	327
Ulcère de Madagascar. — Note sur l'—, par MM. FRADET et LEGRAIN.....	496
Ulcère perforant du voile du palais, par M. DARIER.....	408
Ulcus rodens. — Sur trois cas d'—, par MM. HALLOPEAU et JOUSSET....	389
Urticair pigmentaire. — Sur un cas d'urticair avec pigmentation, par MM. TENNESON et LEREDDE....	88
— Sur une urticair pigmentée en bandes transversales avec cicatrices, par M. HALLOPEAU.....	318
— Urticair pigmentée probable, par M. EUDLITZ.....	441
— Un cas d'urticair pigmentée, par MM. DUBREISAY et THIBIERGE.....	586
Verrues. — Réflexions sur le traitement des verrues par la suppression d'un seul de ces papillomes, par M. BRAULT.....	355
Vitiligo. — Note sur deux cas de vitiligo chez des indigènes algériens syphilitiques, par M. REY.....	395
— Vitiligo, par M. DANLOS.....	587
Zona. — Zona ophtalmique ayant simulé pendant quelques jours un érysipèle, par M. DANLOS.....	184

TABLE DES NOMS D'AUTEURS

- Abadie, 54, 82, 180, 189, 170, 474.
 Alglave, 428.
 Audry, 347, 349, 350, 607.
 Augagneur, 218, 222, 285, 280, 282, 287, 303, 305.
 Babon, 205, 357.
 Balser, 170, 171, 260, 262.
 Barasch, 376, 439.
 Barbe, 39, 429, 431, 493.
 Barthélemy, 13, 14, 21, 22, 38, 58, 82, 85, 87, 149, 171, 174, 183, 186, 198, 228, 260, 262, 273, 267, 410, 415, 453, 456, 466, 578, 588, 593, 601, 606.
 Baudouin, 58, 183.
 Bensaude, 98.
 Bertarelli, 553.
 Benier, 13, 14, 21, 22, 86, 87, 91, 98, 170, 171, 172, 182, 188, 192, 205, 219, 302, 305, 314, 324, 361, 363, 370, 373, 395, 415, 421, 447, 452, 456, 478, 530, 531, 540.
 Branthomme, 40.
 Brault, 355, 357, 491, 493, 495.
 Brocq, 6, 22, 91, 97, 171, 303, 312, 314, 322, 324, 421, 513, 514.
 Brouardel, (G.) 391, 422, 423, 453, 455.
 Bureau, 196, 222, 247, 429, 431, 480, 483, 496, 543, 571, 601.
 Cannet, 202, 203, 297, 373, 375, 437, 439, 476.
 Chaillous, 504.
 Charrier, 596.
 Chompret, 588.
 Claude, 456.
 Danlos, 23, 27, 88, 184, 186, 360, 361, 415, 421, 423, 429, 556, 560, 586, 587.
 Darier, 15, 271, 312, 315, 324, 363, 378, 384, 401, 408, 423, 504, 506, 513, 518, 574, 588.
 De Beurmann, 25, 54, 55.
 De Lavarenne, 98, 140, 171.
 Descouleurs, 277.
 Dreyer-Dufer, 612.
 Dubreuilh, 342.
 Dubrissay, 536.
 Du Castel, 20, 68, 86, 170, 180, 181, 183, 219, 220, 222, 244, 341, 364, 366, 410, 423, 477, 478, 479, 501, 506, 514, 528, 579.
 Dumont, 552, 610.
 Ehlers, 225.
 Emery, 36, 82, 581.
 Etienne, 107, 348.
 Eudlitz, 53, 54, 63, 170, 221, 441, 442, 448.
 Ferras, 260, 267.
 Feulard, 20, 54, 81, 82, 179, 180, 219, 267, 278, 302, 324, 410, 448, 450, 451, 452, 453, 529, 569, 577, 598.
 Fournier, 20, 21, 53, 62, 63, 82, 87, 88, 91, 95, 97, 126, 174, 182, 188, 198, 205, 291, 351, 367, 370, 373, 395, 410, 411, 413, 423, 450, 454, 471, 478, 507, 529, 530, 543, 577, 584, 593, 598, 601.
 Fradet, 436.
 Galezowski, 63, 165, 411.
 Gastou, 29, 31, 55, 62, 81, 168, 205, 212, 219, 247, 291, 297, 302, 357, 374, 376, 378, 423, 452, 519, 524, 525, 581, 585, 588.
 Gaucher, 17, 39, 98, 426, 443, 456, 467, 519, 539, 540.
 Hallopeau, 2, 33, 54, 110, 162, 170, 175, 188, 192, 193, 196, 205, 207, 208, 210, 211, 219, 222, 247, 262, 268, 272, 306, 313, 314, 359, 360, 363, 370, 373, 379, 389, 400, 429, 481, 448, 453, 466, 480, 481, 496, 513, 540, 543, 570, 571, 577, 585, 601.
 Hermet, 594.
 Jaquet, 31, 33, 55, 87, 513, 518, 529.
 Jousset, 188, 193, 210, 389.
 Julien (d'Alger), 188.
 Jullien, 15, 55, 64, 95, 182, 260, 262, 277, 279, 302, 315.
 Keim, 29, 31.
 Laffitte, 585.
 Legrain, 41, 42, 43, 443, 445, 486, 488, 489.
 Legueu, 106.
 Lepileur, 15, 45, 53, 54, 55, 62, 598, 608.
 Lerodde, 24, 88, 303, 314, 405, 455, 467, 508, 513, 524, 563.
 Lévy, 106.
 Martinet 433.

TABLE DES NOMS D'AUTEURS

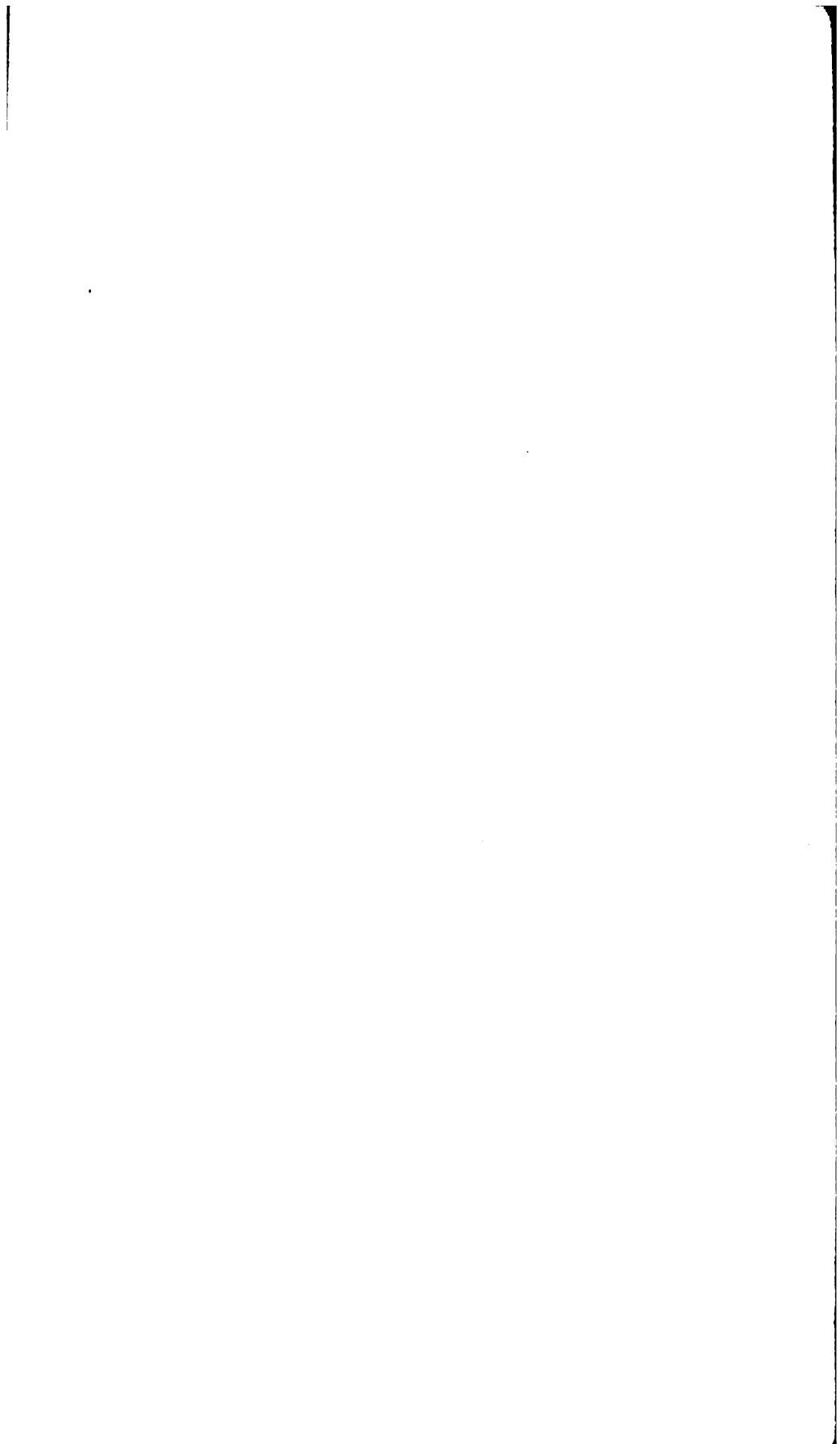
Mauriac, 62, 82, 267.	Sabranès, 333.
Mendel, 468.	Scarenzio, 135.
Ménean, 279.	Schröder, 540.
Morel-Lavallée, 275, 324.	Spillmann, 107, 348.
Moty, 324, 327, 421.	Steeg, 15.
Perrin (de Marseille), 549.	Tenneson, 20, 88, 122, 203, 205, 421, 429, 508, 513, 514.
Perrusset, 42.	Terrien, 203.
Portallier, 117, 171.	Thibierge, 55, 62, 68, 82, 431, 531, 536, 593.
Prieur, 110, 175, 268.	Touvenaint, 17.
Pringle, 442.	Vaillon, 308.
Renault, 55, 81, 280, 281.	Verchère, 54, 62, 267.
Rénon, 596.	Vérité, 228, 324, 333, 534, 593.
Rey, 138, 395.	Wickham, 83, 507, 531, 543, 568, 577, 601.
Sabouraud, 2, 82, 400, 423, 535.	

SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DE
DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Fondée le 22 Juin 1889

BULLETIN DES SÉANCES

8^e ANNÉE — 1897



BULLETIN
DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DE
DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

PUBLIÉ PAR MM. LES DOCTEURS

**W. DUBREUILH, JACQUET, JEANSELME, PERRIN,
LEREDDE, WICKHAM**

SECRÉTAIRES ANNUELS

SOUS LA DIRECTION

DE

M. le Docteur H. HALLOPEAU

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

~~~~~  
**8<sup>e</sup> ANNÉE. — 1897**  
~~~~~

PARIS
MASSON ET C^{ie}, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

—
1897

SOCIÉTÉ FRANÇAISE

DE

DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

D É C R E T

Portant déclaration d'utilité publique.

LE PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE,

Sur le rapport du Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts ;

Vu la demande formée par le président de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie à l'effet d'être reconnue comme établissement d'utilité publique ;

Vu les statuts de ladite société ;

Vu la situation financière ;

Vu les avis du Préfet de la Seine en date du 6 septembre 1894 et du Recteur de l'Académie en date du 13 octobre 1894 ;

Ensemble les autres pièces à l'appui ;

La section de l'Intérieur, des Cultes, de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, du Conseil d'État entendue ;

DÉCRÈTE :

ART. I. — La Société française de dermatologie et de syphiligraphie, fondée le 22 juin 1889, est reconnue comme établissement d'utilité publique.

ART. II. — Les statuts sont approuvés tels qu'ils sont annexés. Aucune modification ne pourra y être apportée sans l'autorisation du gouvernement.

ART. III. — Le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 12 janvier 1895.

Signé : CASIMIR-PÉRIER.

Par le Président de la République :

Le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts,

Signé : G. LEYGUES.

STATUTS DE LA SOCIÉTÉ

ANNEXÉS AU DÉCRET DU 12 JANVIER 1895

TITRE PREMIER. — But et Siège de la Société.

ARTICLE PREMIER. — L'Association dite : **Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie**, fondée le 22 juin 1889, à Paris, a pour but de :

1° Répandre parmi les médecins la connaissance des maladies cutanées et syphilitiques ;

2° Mettre en lumière, au profit de la science, les matériaux, qui, jusque-là, restaient en grande partie enfouis dans les hôpitaux spéciaux.

ART. 2. — Elle a son siège à Paris.

TITRE II. — Composition de la Société.

ART. 3. — La Société se compose :

- 1° De membres titulaires ;
- 2° De membres correspondants étrangers ;
- 3° De membres honoraires ;
- 4° De membres donateurs ;
- 5° De membres bienfaiteurs ;
- 6° De membres auxiliaires.

Pour être membre titulaire, il faut : 1° être présenté par deux membres au moins de la Société, être agréé par le Comité de direction et être élu au scrutin secret par les trois quarts au moins des suffrages exprimés ; 2° payer un droit d'admission de 10 francs et une cotisation annuelle dont le minimum est de 20 francs.

La cotisation peut être rachetée en versant une somme égale à vingt fois le montant de la cotisation annuelle.

Le Comité de direction peut conférer le titre de donateur ou de bienfaiteur aux membres qui ont versé une somme de 500 francs (1^{er} cas) au minimum, ou de 1,000 francs (2^e cas) au minimum.

TITRE III. — Comité de direction.

ART. 4. — Le Comité de direction se compose : du président, de trois vice-présidents, du secrétaire général, du trésorier et de cinq membres, soit au total de onze personnes élues directement, au scrutin secret, par l'Assemblée générale, pour une année au moins et pour cinq années au plus.

Les membres sortants sont rééligibles.

Le président, les trois vice-présidents, le secrétaire général et le trésorier constituent à la fois le Bureau du Comité de direction et le Bureau de l'Assemblée générale de la Société.

Au bureau seront adjoints les anciens présidents et vice-présidents élus présidents d'honneur.

Le Comité se réunit autant que possible tous les deux mois, et chaque fois qu'il est convoqué par son président ou sur la demande du quart de ses membres.

La présence du tiers des membres du Comité de direction est nécessaire pour la validité des délibérations.

Il est tenu procès-verbal des séances.

Les procès-verbaux sont signés par le président et le secrétaire général.

ART. 5. — Les délibérations du Comité de direction relatives à l'acceptation des dons et legs, aux acquisitions et échanges d'immeubles, sont soumises à l'approbation du Gouvernement.

ART. 6. — Les délibérations du Comité de direction relatives aux aliénations d'immeubles ou des valeurs provenant du fonds de réserve, constitutions d'hypothèques, baux à long terme et emprunts ne sont valables qu'après l'approbation par l'Assemblée générale.

ART. 7. — Le trésorier représente la Société en justice et dans tous les actes de la vie civile.

Il agit avec l'autorisation du Comité de direction, sauf pour l'administration courante, et dans les cas d'urgence.

Il n'acquitte aucune dépense si elle n'a été préalablement autorisée par le Conseil et ordonnée par le secrétaire général.

ART. 8. — Toutes les fonctions de la Société sont gratuites.

TITRE IV. — Ressources de la Société.

ART. 9. — Les ressources annuelles de la Société se composent :

- 1° Du droit d'admission et des cotisations et souscriptions de ses membres ;
- 2° Des subventions qui pourraient lui être accordées ;
- 3° Du produit des ressources créées à titre exceptionnel, et s'il y a lieu, avec l'autorisation du Gouvernement ;
- 4° Enfin du revenu de ses biens et valeurs de toute nature.

ART. 10. — Le fonds de réserve comprend :

- 1° La dotation ;
- 2° Le dixième de l'excédent des ressources annuelles ;
- 3° Les sommes versées pour le rachat des cotisations ;
- 4° Le produit des libéralités autorisées sans emploi.

Le fonds de réserve est placé en rentes nominatives 3 p. 100 sur l'État ou en obligations nominatives de chemins de fer dont le minimum d'intérêt est garanti par l'État.

TITRE V. — Moyens d'action de la Société.

ART. 11. — Les moyens d'actions de la Société sont :

- 1° Le *Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie* ;

- 2° Les publications et mémoires ;
- 3° Les conférences et cours organisés par les soins de la Société, soit à Paris, soit en province ;
- 4° Les expositions et musées spéciaux ;
- 5° Les prix et récompenses décernés à la suite de concours.

ART. 12. — La Société peut se diviser en différentes Commissions spéciales et annuelles.

ART. 13. — Aucune publication ne peut être faite au nom de la Société sans l'examen préalable et l'approbation du Bureau.

TITRE VI. — Assemblée générale.

ART. 14. — L'Assemblée générale des membres de la Société se réunit au moins une fois par an, sur convocations individuelles. Son ordre du jour est réglé par le Comité de direction.

Elle entend les rapports sur la gestion du Comité de direction, et sur la situation financière et morale de la Société.

Elle approuve les comptes de l'exercice clos, vote le budget de l'exercice suivant, et pourvoit au renouvellement des membres du Comité de direction.

Elle délibère en outre sur toutes les questions qui doivent lui être soumises en vertu des présents statuts.

Le rapport annuel et les comptes approuvés par l'Assemblée générale sont adressés à tous les membres de la Société, au préfet du département de la Seine et au ministre de l'Intérieur.

TITRE VII. — Dispositions spéciales.

ART. 15. — La qualité de membre de la Société se perd :

- 1° Par la démission ;
- 2° Par la radiation prononcée, pour motifs graves, par l'Assemblée générale, spécialement convoquée à cet effet, votant au scrutin secret, à la majorité des deux tiers des membres présents, sur le rapport du Comité de direction, et après que le membre intéressé aura été dûment mis en demeure de fournir ses explications oralement ou par écrit.

ART. 16. — Les présents statuts ne pourront être modifiés que sur la proposition du Comité de direction ou de vingt-cinq membres de la Société après qu'elle aura été soumise au Bureau au moins un mois avant la séance de l'Assemblée générale.

L'Assemblée générale et extraordinaire, spécialement convoquée à cet effet, ne peut modifier les statuts qu'à la majorité des deux tiers des membres présents.

L'Assemblée générale doit se composer du quart, au moins, des membres en exercice.

La délibération de l'Assemblée générale est soumise à l'approbation du Gouvernement.

ART. 17. — L'Assemblée générale appelée à se prononcer sur la dissolution de la Société, et convoquée spécialement à cet effet, doit comprendre, au moins, la moitié plus un des membres en exercice. Ses résolutions sont prises à la majorité des deux tiers des membres présents, et soumises à l'approbation du Gouvernement.

ART. 18. — En cas de dissolution, prévu par l'article précédent, l'Assemblée générale, délibérant dans les conditions prévues par cet article, attribue l'actif de la Société à un ou plusieurs établissements analogues, publics ou reconnus d'utilité publique.

Toutefois, si le nombre des membres prévus par l'article précédent n'est pas atteint, il sera statué, après une seconde convocation, quel que soit le nombre des présents.

L'Assemblée générale désignera un ou plusieurs commissaires chargés de la liquidation des biens de l'association.

Ces délibérations sont soumises à l'approbation du Gouvernement.

ART. 19. — Il sera procédé de même au cas de retrait de la reconnaissance de l'association comme établissement d'utilité publique. Dans le cas où l'Assemblée générale se refuserait, soit à délibérer sur l'attribution de l'actif, soit à nommer le commissaire-liquidateur prévu à l'article précédent, il y serait pourvu par un décret rendu dans la forme des règlements d'administration publique.

Les détenteurs de fonds, livres et archives appartenant à l'Association s'en dessaisissent valablement entre les mains du commissaire-liquidateur désigné par ledit décret.

ART. 20. — Un règlement intérieur, adopté par l'Assemblée générale, et approuvé par le ministre de l'Intérieur après avis du ministre de l'Instruction publique, arrête les conditions de détail propres à assurer l'exécution des présents statuts.

Il peut toujours être modifié dans la même forme.

RÈGLEMENT

TITRE PREMIER. — But et composition de la Société.

ARTICLE PREMIER. — La Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie est une Société exclusivement scientifique.

ART. 2. — En principe, elle exige de ses membres le diplôme de Docteur en Médecine, ou, quand ils sont étrangers, un titre similaire.

ART. 3. — Exceptionnellement, elle peut admettre dans son sein des savants qui, sans titre médical officiel, se sont créés une notoriété spéciale par leurs travaux scientifiques ; elle les nomme membres auxiliaires.

ART. 4. — Les membres correspondants étrangers sont présentés par le Comité de direction, et nommés par l'Assemblée générale de la Société ; leur élection n'a lieu que s'ils réunissent les trois quarts des suffrages exprimés.

ART. 5. — La Société peut conférer le titre de membre honoraire de la Société.

Les anciens présidents et vice-présidents peuvent être élus présidents d'honneur, auquel cas ils font partie du Bureau et du Comité de direction, à perpétuité et sans nouvelle élection.

TITRE II. — Composition et fonctions du Bureau.

ART. 6. — Le Bureau comprend un président, trois vice-présidents, un secrétaire général, un trésorier, un bibliothécaire-archiviste et six secrétaires des séances ; il peut comprendre également un ou plusieurs présidents honoraires ; l'un des vice-présidents et deux des secrétaires des séances doivent être nécessairement choisis parmi les membres titulaires résidant dans les départements.

ART. 7. — Le président, les vice-présidents, les cinq membres du Comité et les secrétaires annuels sont nommés pour un an.

Le secrétaire général, le trésorier et l'archiviste-bibliothécaire sont nommés pour trois ans.

Ils peuvent être temporairement remplacés par l'un des secrétaires des séances.

ART. 8. — Le président ou, en son absence, l'un des vice-présidents, dirige les séances.

Les présidents honoraires peuvent également diriger les séances.

Le secrétaire général prépare l'ordre du jour de chaque réunion, annonce les pièces de la correspondance, rédige et signe tous les actes de la Société ; il dirige l'impression des comptes rendus.

L'archiviste-bibliothécaire garde les procès-verbaux des séances, ainsi que les livres, mémoires, correspondances, images, analyses, pièces et instruments offerts à la Société ; il les classe et en dresse chaque année un catalogue.

Les secrétaires des séances sont chargés de la rédaction et de la lecture des procès-verbaux ; ils font les comptes rendus des séances, en rédigent les bulletins et les font imprimer, sous la direction du secrétaire général.

Le trésorier fait toutes les écritures relatives à la comptabilité de la Société ; il encaisse toutes les recettes, il signe les bordereaux et les solde.

Chaque année, il rend ses comptes au Comité de direction, qui délègue spécialement un de ses membres pour les vérifier.

Les comptes du trésorier doivent être arrêtés au 31 décembre de l'année précédente.

Ils doivent être soumis en février ou mars au Comité de direction.

L'Assemblée statutaire ne se prononce sur les comptes du trésorier qu'après avoir entendu le rapport du Comité de direction.

TITRE III. — Fonctions du Comité de direction.

ART. 9. — Toutes les affaires concernant la Société sont confiées au Comité de direction.

Le Comité est plus particulièrement chargé :

- 1° De la publication des travaux ;
- 2° De la gestion financière ;
- 3° De tout ce qui peut intéresser la dignité de la Société.

TITRE IV. — Des séances.

ART. 10. — La Société se réunit à Paris, au Musée de l'hôpital Saint-Louis, de 9 heures à 11 heures du matin, le second jeudi de chaque mois, sauf au mois d'avril, où la réunion de la Société se tient en assemblée générale, le lundi de Quasimodo.

Les vacances de la Société ont lieu pendant les mois d'août, de septembre et d'octobre.

Des séances supplémentaires peuvent être demandées et votées par la Société.

Une session supplémentaire peut avoir lieu en province.

ART. 11. — Toute communication d'une personne étrangère à la Société ne pourra être lue en séance qu'après autorisation du Comité de direction.

Toutefois le Bureau pourra autoriser une présentation de malade ou de pièce.

ART. 12. — Les travaux des séances ont lieu dans l'ordre suivant :

- 1° Lecture et adoption de procès-verbal ;
- 2° Correspondance ;
- 3° Présentations de malades ;
- 4° Communications originales et présentations de pièces. La Société peut, sur l'avis du Bureau, intervertir cet ordre.

TITRE V. — Recettes.

ART. 13. — La cotisation annuelle de 20 francs est payable d'avance, c'est-à-dire dès le premier jour de la nouvelle année.

Le recouvrement en est assuré par le trésorier.

ART. 14. — Au cas où la cotisation est rachetée par le versement d'une somme de 400 francs, égale à vingt fois son montant, le versement peut être effectué en quatre annuités consécutives de 100 francs chacune.

ART. 15. — Tout membre qui a laissé s'écouler une année entière sans verser le montant des droits fixés par les statuts est considéré comme ne faisant plus partie de la Société ; il doit préalablement avoir reçu deux avertissements officiels.

TITRE VI. — Publications.

ART. 16. — Chaque année, le nombre de feuilles publiées gratuitement dans le Bulletin sera limité à 30. Si ce chiffre est dépassé, l'excédent des dépenses d'impression sera réparti proportionnellement entre ceux des membres qui auront franchi la moyenne établie par le Comité de direction, d'après l'étendue des communications faites dans l'année.

ART. 17. — Les membres titulaires seuls ont droit à la publication de leurs travaux.

ART. 18. — Les communications des membres correspondants pourront, après avis du Comité de direction, être publiées, à la condition qu'ils en payent les frais.

TITRE VII. — Modifications au règlement.

ART. 19. — Toute proposition de modification à apporter dans le règlement devra être présentée par dix membres titulaires et soumise au Comité de direction, qui l'approuvera ou la combattra au sein de la Société.

La Société a élu comme conseil judiciaire M. Tommy-Martin.

ANNEE 1897

COMPOSITION DU BUREAU

<i>Président</i>	M. ERNEST BESNIER (de Paris).
<i>Vice-présidents</i>	{ MM. ALFRED FOURNIER (de Paris). MAURIAC (de Paris). DOYON (de Lyon).
<i>Secrétaire général</i>	M. H. HALLOPEAU (de Paris).
<i>Secrétaires annuels</i>	{ MM. W. DUBREUILH (de Bordeaux). JACQUET (de Paris). JEANSELME (de Paris). PERRIN (de Marseille). LEREDDE (de Paris). WICKHAM (de Paris).
<i>Trésorier</i>	M. DU CASTEL (de Paris).
<i>Archiviste</i>	M. FEULARD (de Paris).

COMITÉ DE DIRECTION ⁽¹⁾

MM. BALZER.
BROCQ.
E. GAUCHER.

MM. LE PILEUR.
TENNESON.

(1) Les Présidents d'honneur, le Président, les Vice-Présidents, le Trésorier et le Secrétaire général font, de droit, partie du Comité de direction.



MEMBRES TITULAIRES⁽¹⁾

MM. LES DOCTEURS :

Abadie, ancien interne des hôpitaux de Paris, 9, rue Volney.

Archambault (Paul), 20, rue de l'Hospitalité, Tours.

Arnozan, professeur de thérapeutique à la Faculté, médecin des hôpitaux, 27 *bis*, pavé des Chartrons, Bordeaux.

Aubert, médecin de l'Antiquaille, 32, rue Victor-Hugo, Lyon.

Audouard, ancien interne des hôpitaux de Paris, 6, rue Mairan, Béziers.

Audrain, 7, rue de Naples, Paris.

Audry (Ch.), chargé de la clinique de dermatologie et de syphiligraphie à la Faculté de médecine, rue St-Bernard, Toulouse.

Augagneur, professeur à la Faculté, 15, rue St-Dominique, Lyon.

Babon, ancien externe à l'hôpital St-Louis, 165, rue de Courcelle.

* **Balzer**, médecin de l'hôpital St-Louis, 8, rue de l'Arcade.

Bar, agrégé à la Faculté, accoucheur de l'hôpital St-Louis, 122, rue de la Boétie.

Barbe, ancien interne des hôpitaux de Paris, 34, rue de Penthièvre.

* **Barthélemy**, médecin de St-Lazare, ancien chef de clinique à l'hôpital St-Louis, 21, rue de Paradis.

Baudot, ancien interne de l'hôpital St-Louis, 50, rue Taitbout.

Baudouin, ancien interne de l'hôpital St-Louis, 5, rue du Mont-Thabor.

Béclère, médecin de l'hospice Debrousse, 5, rue Scribe.

Berdal, assistant-adjoint de consultation à l'hôpital St-Louis, 10, rue Coquillière.

* **Besnier (Ernest)**, médecin de l'hôpital St-Louis, membre de l'Académie de médecine, 59, boulevard Malesherbes.

* **Beurmann (de)**, médecin de Lourcine, 40 *bis*, faubourg Poissonnière.

Binet (Maurice), 21, rue de l'Odéon.

Brault, médecin-major, professeur suppléant de pathologie chirurgicale à l'École de médecine, Alger.

* **Brocq**, médecin de l'hôpital Broca, 65, rue d'Anjou.

Brodier (C.), ancien interne à l'hôpital St-Louis, 11, rue Malher.

Brousse, professeur agrégé, chargé du cours de clinique dermatologique à la Faculté de Montpellier, Montpellier.

* **Bruchet**, ancien chef de clinique à l'hôpital St-Louis, 9, rue du Caire.

Burlureaux, professeur agrégé au Val-de-Grâce, 132, rue de Rennes.

Castel (du), médecin de l'hôpital St-Louis, 241, boulevard St-Germain.

Cayla, ancien interne des hôpitaux de Paris, 31, avenue de Neuilly, Neuilly-sur-Seine.

Cazalis, à Aix-les-Bains (Savoie) et à Paris, 96, rue de Miromesnil.

Danlos, médecin de l'hôpital St-Louis, 89, rue d'Amsterdam.

Darier, médecin de Larochefoucauld, ancien chef du laboratoire de la Faculté à l'hôpital St-Louis, 8, rue de Rome.

Doyon, correspondant de l'Académie de médecine, médecin-inspecteur à Uriage (Isère) et 27, rue de Jarente, Lyon.

(1) Les noms qui sont précédés d'un astérisque sont ceux des membres fondateurs

- MM. **Dron**, chirurgien de l'Antiquaille, 5, rue Pizay, Lyon.
- Dubois-Havenith**, professeur agrégé à la Faculté de médecine, 16, rue du Gouvernement-Provisoire, Bruxelles (Belgique).
- Dubreuilh (W.)**, agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux, 4, cours du Jardin-Public, Bordeaux.
- Duguet**, membre de l'Académie de médecine, agrégé à la Faculté, médecin de l'hôpital Lariboisière, 60, rue de Londres.
- Dumont**, à St-Vaury (Creuse).
- Ehlers**, chef de clinique de l'Université à l'hôpital communal de Copenhague, 6, Laxegade.
- Emery**, chef de clinique adjoint à l'hôpital St-Louis, 10, rue St-Martin.
- Eraud**, ex-chef de clinique à la Faculté de médecine, 24, rue Victor-Hugo, Lyon.
- Étienne**, agrégé à la Faculté, 8, rue Granville, Nancy.
- Eudlitz**, 26, rue Lemercier.
- Fabre**, membre correspondant de l'Académie de médecine, à Commen-try (Allier).
- Ferras**, ancien interne des hôpitaux de Paris, à Luchon (H^{te}-Garonne).
- * **Feulard**, ancien chef de clinique à l'hôpital St-Louis, médecin adjoint de St-Lazare, 20, rue St-Georges.
- * **Fournier (Alfred)**, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital St-Louis, membre de l'Académie de médecine, 1, rue Volney.
- Fredet**, 14, avenue Wagram.
- Galezowski**, 103, boulevard Haussmann.
- Gastou**, chef de clinique à l'hôpital St-Louis, 3, rue Chauveau-Lagarde.
- * **Gaucher (Ernest)**, agrégé à la Faculté, médecin de l'hôpital St-Antoine, 11, rue de St-Pétersbourg.
- Gémy**, professeur des maladies syphilitiques et cutanées à l'École de médecine, rue de la Lyre, Alger.
- Gilbert**, agrégé à la Faculté, médecin de l'hôpital Broussais, 27, rue de Rome.
- Glénard**, professeur à la Faculté de médecine, 13, quai de l'Est, Lyon.
- Guéridaud**, à Clamart (Seine), et à St-Gervais-les-Bains (H^{te}-Savoie).
- * **Hallopeau**, agrégé à la Faculté, médecin de l'hôpital St-Louis, membre de l'Académie de médecine, 91, boulevard Malesherbes.
- Haushalter**, chef de clinique à la Faculté de médecine, 4, rue de Rigny, Nancy.
- * **Hermet**, 121, boulevard Haussmann.
- Heulz**, à la Bourboule (Puy-de-Dôme) et 6, rue de la Bienfaisance, Paris.
- Horand**, chirurgien de l'Antiquaille, 99, rue de l'Hôtel-de-Ville, Paris.
- Hudelo**, ancien chef de clinique de la Faculté à l'hôpital St-Louis, 6, rue du Mont-Thabor.
- Humbert**, agrégé à la Faculté, chirurgien de l'hôpital Ricord, 12, rue Cambon.
- Hutinel**, professeur de pathologie interne à la Faculté, médecin de l'hospice des Enfants-Assistés, 1, rue de Courcelles.
- Jacquet**, médecin des hôpitaux, 58, rue de Monceau.

- MM. Jamin**, ancien interne des hôpitaux de Paris, 52, rue Taitbout.
Jeanselme, médecin des hôpitaux, 16, rue du Général-Foy.
Josias, médecin de l'hôpital Trousseau, 3, rue Montalivet.
*** Jullien**, agrégé à la Faculté de médecine de Nancy, chirurgien de St-Lazare, 12, rue de la Chaussée-d'Antin.
Kalindero, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur de clinique à Bucharest.
Lafay, 34, rue de la Chaussée-d'Antin,
Laffitte (J.), ancien interne des hôpitaux, 42, rue d'Amsterdam.
Langenhagen (de), ancien interne des hôpitaux, 3, cité Rougemont.
Laussedat, à Royat (Puy-de-Dôme).
Lavarenne (de), 8, rue de Florence.
Le Blond, médecin de St-Lazare, 53, rue d'Hauteville.
Le Dentu, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté, chirurgien de l'hôpital Necker, membre de l'Académie de médecine, 27, rue du Général-Foy.
Legrain, médecin-major à l'hôpital militaire de Bougie (Algérie).
Legueu, chirurgien assistant de consultation à l'hôpital Saint-Louis, 1, rue de Villersexel.
Lemonnier, à Flers (Orne).
*** Le Pileur**, médecin de St-Lazare, 15, rue de l'Arcade.
Leredde, chef de laboratoire et assistant de consultation à l'hôpital St-Louis, 9, avenue du Trocadéro.
Lucas-Championnière (Just), chirurgien de l'hôpital Beaujon, membre de l'Académie de médecine, 3, avenue Montaigne.
*** Marfan**, agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux, 7, rue Richepanse.
Marmonnier, 18, rue de la République, Marseille.
Marty, médecin du Dispensaire de salubrité, 23, rue St-Denis.
Mathieu (Albert), médecin de l'hôpital Andral, 37, rue des Mathurins.
Mauriac, médecin de l'hôpital Ricord, 15, rue Caumartin.
Melchior (Robert), chirurgien des hôpitaux, 38, rue Sainte, Marseille.
Mendel, ancien interne de l'hôpital St-Louis, 53, rue Vivienne, Paris.
Méneau, médecin à la Bourboule, 261, rue Judaïque, Bordeaux (Gironde).
Merklen, médecin de l'hôpital Laennec, 60, rue de La Boétie.
Meunier (Valéry), à Pau (Basses-Pyrénées).
Mireur, médecin des hôpitaux, 1, rue de la République, Marseille.
Moreau, 47, rue Rempart-St-Étienne, Toulouse.
Morel-Lavallée, médecin des hôpitaux, 30, rue du Rocher.
Moty, professeur agrégé au Val-de-Grâce, hôpital militaire, Lille.
Nélaton, chirurgien de l'hôpital St-Louis, agrégé à la Faculté, 368, rue St-Honoré.
Nicolas, à la Bourboule (Puy-de-Dôme).
Oudin, ancien interne des hôpitaux de Paris, 12, rue de Belzunce.
Pallier, ancien interne des hôpitaux de Paris, 24, rue des Martyrs.
Péan, chirurgien honoraire de l'hôpital St-Louis, membre de l'Académie de médecine, 24, boulevard Malesherbes.
Perrin, ancien interne de l'hôpital St-Louis, 142, rue de Paradis, Marseille.
Petit (Paul), ex-médecin de la marine, 30, rue Racine.

- MM. Portalier**, 219, rue St-Honoré.
Pouchet, professeur à la Faculté, ancien chef du laboratoire de Chimie à l'hôpital St-Louis, 15, villa de la Réunion, Auteuil.
Prieur, 24, Boulevard Voltaire.
Puy Le Blanc, médecin à Royat, 32, avenue de Limoges, à Niort.
* **Raymond (Paul)**, ancien interne de l'hôpital St-Louis, 34, av. Kléber.
Renaut (J.), professeur à la Faculté, médecin des hôpitaux, 6, rue de l'Hôpital, Lyon.
Renault (Alexandre), médecin de l'hôpital Ricord, 58 *bis*, rue de la Chaussée-d'Antin.
Rénon (Louis), ancien interne de l'hôpital St-Louis, 17, rue d'Anjou.
Reumaux, médecin des épidémies, médecin du dispensaire municipal, Dunkerque.
Rey, professeur à l'École de médecine, 2, rue du Divan, Alger.
Richelot (G.), chirurgien de l'hôpital St-Louis, 32, rue de Penthievre.
Riocreux, 44, rue Ste-Placide.
Roustan, rue d'Antibes, Cannes (Alpes-Maritimes).
Roux (Louis), 66, boulevard Sébastopol.
Ruck, ancien chef de clinique, à Bagnères-de-Luchon.
Sabouraud, chef de laboratoire à l'hôpital St-Louis, rue Bichat.
Sabrazès, professeur agrégé, médecin des hôpitaux, 3, rue Jean-Burguet, à Bordeaux.
St-Germain (de), assistant de consultation à l'hôpital Saint-Louis, 24, rue Montaigne.
Schmitt, professeur à la Faculté, 51, place St-Jean, Nancy.
Sée (Marcel), ancien interne à l'hôpital Saint-Louis, 126, boulevard St-Germain.
Sevestre, médecin de l'hôpital des Enfants, 53, rue du Châteaudun.
Souplet (Abel), ancien interne à l'hôpital St-Louis, 30, rue Bonaparte.
Spillmann, professeur à la Faculté, rue des Carmes, Nancy.
Suchard, ancien interne des hôpitaux de Paris, chef du laboratoire d'histologie à la Charité, préparateur au Collège de France, 75, rue Notre-Dame-des-Champs.
Tavernier, ex-chef de clinique à la Faculté de Lille.
Terson, 17, boulevard Malesherbes.
* **Tenneson**, médecin de l'hôpital St-Louis, 77, rue du Bac.
* **Thibierge (Georges)**, médecin de l'hôpital de la Pitié, 7, rue de Surène.
Trousseau, médecin des Quinze-Vingts, 57, boulevard Haussmann.
* **Verchère**, chirurgien de St-Lazare, ancien chef de clinique chirurgicale de la Faculté, 101, rue du Bac.
Vérité, 13, rue Spontini.
Veyrières, à la Bourboule (Puy-de-Dôme), et 2, rue Thénard, Paris.
Viennois, ancien interne de l'Antiquaille, 30, quai de la Charité, Lyon.
Zambaco-Pacha, ancien interne des hôpitaux de Paris, correspondant national de l'Académie de médecine, ancien chef de clinique médicale de la Faculté, 19, rue Kouloglou, Constantinople.
Wickham (Louis), assistant adjoint de consultation à l'hôpital Saint-Louis, ancien chef de clinique, 36, rue Matignon.

MEMBRES TITULAIRES DÉCÉDÉS

MM. Ricord, président d'honneur (1889).
Dreyfous, membre fondateur (1889).
Deligny (1890).
Horteloup (1893).
Le Professeur **Hardy**, président d'honneur (1893).
E. Vidal, président (1893).
Lailler, président d'honneur (1893).
Pignot (1893).
Diday, président d'honneur (1894).
Quinquaud, membre du Comité de direction (1894).
Rollet, président d'honneur (1894).
Malécot (1894).
Leloir (1896).

MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS

MM. LES DOCTEURS :

Amicis (Tommaso de), professeur et directeur de la clinique dermo-syphiligraphique à l'Université de Naples, médecin en chef de la section spéciale des maladies vénériennes et cutanées à l'hôpital des Incurables, membre de l'Académie royale de médecine et de chirurgie de Naples, rue Médina, 47, Naples.

Anderson (Thomas Mac-Call), professeur de clinique interne à l'Université, chef du service des maladies de peau à l'hospice Occidental de Glasgow, 2, Woodside Terrace, Glasgow.

Bayet, premier adjoint du service dermatologique de l'hôpital St-Pierre, agrégé suppléant à l'Université, 78, boulevard Waterloo, Bruxelles (Belgique).

Bergh, professeur de clinique, médecin en chef de l'hôpital de l'Ouest (femmes vénériennes), 19, Stromgade, Copenhague.

Bertarelli (Ambrogio), directeur de la section des maladies de peau à l'hôpital Majeur de Milan, membre du conseil sanitaire de la province de Milan, rédacteur en chef du *Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle*, via S. Orsola, 1, Milan.

Bœck (Cæsar), chef de la clinique dermatologique à l'Université de Christiania (Norvège).

Bogdan (Georges), médecin adjoint de l'hôpital St-Spiridon, professeur de médecine légale, Iassy.

Brodeur, ancien interne des hôpitaux de Paris, 707, rue Sherbrooke, Montréal (Canada).

Brooke (H. G.), professeur de dermatologie à Owens College, Manchester.

Bulkley (L. Duncan), médecin de l'hôpital de New-York, 4 East, 37th street, New-York.

Campana (Roberto), professeur de clinique dermo-syphilopathique à l'Université de Rome.

Cavafy (John), médecin de l'hôpital St-Georges, 2, Upper Berkeley street, Portman square, Londres.

Chaves (Bruno), secrétaire de la légation des États-Unis du Brésil à Paris, 14, rue Cambacérès.

Crocker (H. Radcliffe), membre du Collège royal des médecins de Londres, chef du service des maladies de la peau à l'hôpital de l'Université, médecin des enfants à l'hôpital de l'Est, 121, Harley street, Londres.

Cruyl, chef du service chirurgical à l'hôpital civil et assistant à l'Université, 18, rue Longue-du-Marais, Gand.

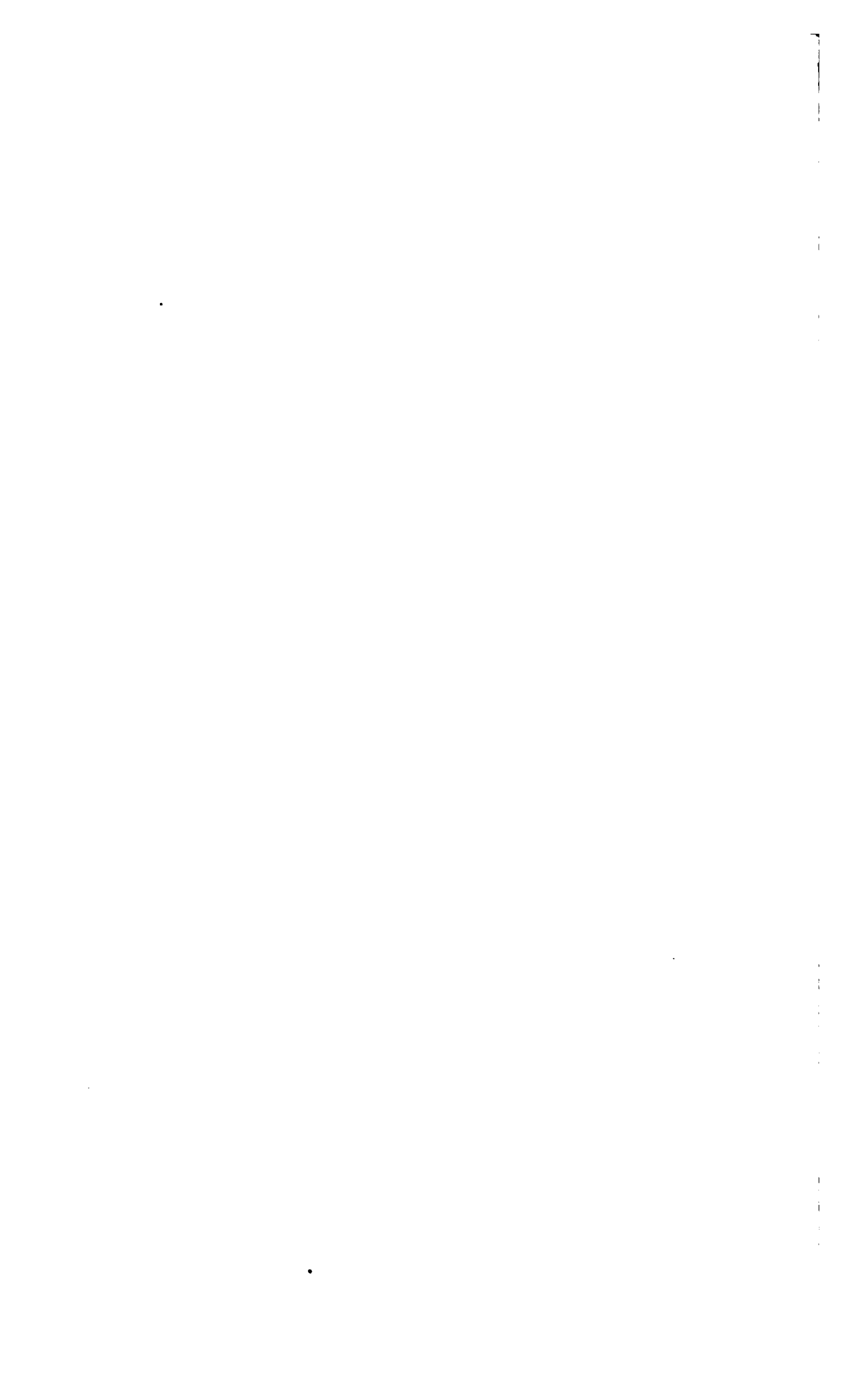
- MM. Djelaeddin-Moukhtar**, professeur à la Faculté de médecine, Constantinople.
- Ducrey (Augusto)**, professeur en pathologie et clinique dermo-syphilopathiques à l'Université R. de Pise, Italie.
- Duhring (Louis A.)**, professeur de dermatologie à l'hôpital de l'Université de Pensylvanie, 1416, Spruce street, Philadelphie.
- Euthyboule**, médecin de l'hôpital Zeineb-Kiamil, chargé du service des maladies cutanées et vénériennes à l'hôpital français Jérémie, 5, rue Mekteh, Pera, Constantinople.
- Finger**, agrégé à la Faculté de médecine de Vienne, ancien chef de clinique de la Faculté, etc., I. Graben, 26, Vienne.
- Fox (J. Colcott)**, professeur de dermatologie à l'hôpital Westminster, médecin de l'hôpital des Enfants Victoria, membre du Collège des médecins de Londres, etc., 14, Harley street, Cavendish square, Londres.
- Godinho (Jorge)**, rue Garret, 62, Lisbonne.
- Haslund (Alex.)**, professeur de dermatologie et de syphiligraphie à l'Université, médecin en chef de l'hôpital Communal, 62, Kjöbmagergade, Copenhague.
- Havas**, docent de dermatologie et de syphiligraphie à l'Université de Budapest, directeur de la polyclinique dermatologique, IV, rue Maria-Valéria, 7.
- Hebra (Hans von)**, professeur extraordinaire de dermatologie et de syphiligraphie à l'Université de Vienne, 1, Kärnthnerstrasse, 14, Vienne.
- Hutchinson (Jonathan)**, F. R. C. S., chirurgien du London hospital et de l'hôpital des maladies de la peau, 15, Cavendish square, W., Londres.
- Jacobi**, privat-docent à l'Université, Fribourg-en-Brisgau, Allemagne.
- Janovsky (Victor)**, professeur à la Faculté de médecine Tchèque, médecin des hôpitaux, directeur de la clinique dermatologique et syphiligraphique de la Faculté, membre du Conseil d'hygiène de la ville, etc., Hopfenstockgasse, 5, Prague.
- Kaposi (Moritz)**, professeur de clinique et directeur de la section dermatologique à l'Université de Vienne, IX, Alserstrasse, 28, Vienne.
- Keser**, privat-docent de dermatologie et de syphiligraphie à la Faculté de médecine, place du Port, 1, Genève.
- Krefting (Rudolf)**, Christiania, Norvège.
- Lang (Eduard)**, professeur à l'Université de Vienne, médecin en chef de l'Hôpital général, membre de l'Académie Léopoldino-Carolina Cæsarea, Ebendorferstrasse, 10, Vienne.
- Liveing**, membre du Collège Royal des médecins de Londres, 11, Manchester square, Londres.
- Maïeff**, professeur agrégé à l'Académie impériale, médecin consultant à l'hôpital militaire Nicolas, 47, rue Sadowaja, Saint-Pétersbourg.
- Malcolm (Moriss)**, chef de la section des maladies de la peau et chirurgien à l'hôpital Sainte-Marie, 8, Harley street, Cavendish square, Londres.
- Mannino (L.)**, chef du service des maladies vénériennes et cutanées à l'Hôpital civil, membre de l'Académie royale de médecine de Palerme, etc., via Cavini, 27, Palerme.

- MM. Méric (de)**, chirurgien de l'hôpital français de Londres, 35, Bryanston street, Portman square, Londres.
- Morrow (Prince)**, ancien directeur du *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, 66, W., 40th street, New-York.
- Nékam**, rue Kossuth, 2, Buda-Pesth, Hongrie.
- Neumann (Isidor)**, professeur de dermatologie et de syphiligraphie à l'Université, directeur de la clinique syphiligraphique de Vienne, 29, Rothenthurmstrasse, Vienne.
- Olavide (José Eugenio)**, professeur de dermatologie, 49, rue Alcalá, Madrid.
- Oltamare**, professeur extraordinaire de dermatologie et de syphiligraphie à la Faculté de médecine, 11, Corraterie, Genève.
- Pautry**, rue du Mont-Blanc, 4, Genève.
- Petrini**, médecin en chef de l'hôpital Colentina, professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine, vice président de la Société des sciences médicales à Bucharest.
- Pharmacopoulos**, à Athènes.
- Pick (Filipp-Josef)**, professeur et directeur de la clinique dermatologique et syphiligraphique à l'Université allemande de Prague, médecin en chef de l'Hôpital général, rédacteur en chef des *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 36, III, Jungmannstrasse, 41, Prague.
- Piffard (Henri)**, chirurgien de Charity Hospital, New-York.
- Pospelow**, professeur à la Faculté de médecine de Moscou, directeur de la clinique des maladies cutanées et vénériennes, médecin en chef de l'hôpital de la Miasnitzkaja, membre titulaire de la Société russe de dermatologie et de syphilidologie, etc., rue Miasnitzkaja, hôpital Miasnitzkaja, Moscou.
- Pringle**, médecin du Middlesex Hospital pour les maladies de la peau, professeur de dermatologie à l'École de médecine, membre du Collège royal des médecins de Londres, 23, Lower Seymour street, Portman square, Londres.
- Profeta (Giuseppe)**, professeur de l'Université, Palerme.
- Rasch**, 10, Amagertow, Copenhague.
- Ravogli**, 88, West 7th street, Cincinnati, États-Unis.
- Riehl**, professeur extraordinaire de dermatologie et directeur de la clinique des maladies de la peau, à Leipzig, Allemagne du Nord.
- Robinson (A. R.)**, professeur de dermatologie à la Polyclinique, professeur d'anatomie pathologique et de dermatologie au Collège médical des femmes, 248, West, 42th street, New-York.
- Scarenzio**, Casa di Salute, Pavie.
- Schiff (Eduard)**, docteur de l'Université de Vienne, I, Wallfischgasse, 6, Vienne.
- Schwimmer**, professeur de dermatologie à l'Université royale de Budapest, médecin de l'Hôpital central et directeur de la section des maladies de la peau, vice-président de la Société royale des médecins, à Budapest, etc., II, Josefplatz, Budapest.
- Silva Arango**, 5, rua de General Camara, Rio-de-Janeiro.
- Stoukownikoff**, professeur à la Faculté de Kieff, Russie.
- Szwykowski (Michel)**, ancien assistant de l'hôpital Saint-Esprit, rue Eryvanska, 10, Varsovie.

-
- MM. Tarnowski (Benjamin)**, professeur à l'hôpital de Kalinkine, professeur à l'Académie de médecine de Saint-Pétersbourg, président de la Société russe de syphilidologie et de dermatologie, etc., quai de la Morka, 104, Saint-Pétersbourg.
- Taylor (R. W.)**, professeur des maladies vénériennes au Collège des médecins et chirurgiens, chirurgien de l'hôpital de la Charité, chef du service des maladies de la peau à l'hôpital de New-York, 40 West, 21th street, New-York.
- Thin (George)**, 22, Queen's Anne street, Cavendish Square. Londres.
- Török (Louis)**, 16, rue Andrassy, Budapest.
- Unna**, directeur de la clinique des maladies de la peau, 5, Park-Allee, Hambourg.
- Vajda**, agrégé à l'Université, I. Naglergasse, 28, Vienne.
- Valdès-Morel (Alberto)**, agrégé de l'Université, médecin de l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu, Santiago (Chili).
- Watraszewski (de)**, médecin de l'hôpital St-Lazare, Varsovie.
- Welandér (Edouard)**, professeur agrégé de syphilidologie à l'École de médecine (Institut Carolin), médecin en chef de l'hôpital St-Georges (St-Göran), 10, Skeppsbron, Stockholm.
- White (James C.)**, professeur de dermatologie à l'Université Harvard, Boston.
-

MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS DÉCÉDÉS

- Professeur **Mansuroff**, de Moscou (16 novembre 1892).
- Professeur **Manassei**, de Rome (1893).
- Professeur **Pellizari**, de Florence (1894).
- Professeur **Smirnoff**, d'Helsingfors (1896).
-



BULLETIN
DE LA
SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE
ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 14 JANVIER 1897

Présidence de M. Ernest Besnier.

SOMMAIRE. — Correspondance imprimée. — Ouvrages offerts. — Traitement chirurgical du lupus, par M. NÉLATON. (Discussion: MM. HALLOPEAU, BROCC, DU CASTEL, NÉLATON, THIBIERGE.) — Cas de téléangiectasies en plaques multiples, par M. BROCC. (Discussion: M. GASTOU.) — Lupus érythémateux avec squames psoriasiformes de la face et follicles des mains, par M. DU CASTEL. — Deux cas de trichophytie des parties glabres, par M. DU CASTEL. (Discussion: MM. FEULARD, DU CASTEL, BESNIER, HALLOPEAU, TENNESON.) — Cicatrice chéloïdienne de la région présternale consécutive à une cautérisation par la teinture d'iode, par M. G. THIBIERGE. — Un nouveau cas de folliculites disséminées prédominant aux mains et aux oreilles chez un sujet atteint de polyadénopathies tuberculeuses, par M. G. THIBIERGE. — Un cas de mycosis fongoïde, par MM. HALLOPEAU et BUREAU. — Sur un cas de tuberculose acnéiforme et nécrotique, par MM. HALLOPEAU et BUREAU. (Discussion: MM. BARTHÉLEMY, LEREDDE, MOTY.) — Nouveau fait pour servir à l'histoire des tuberculoses, par M. BROCC. (Discussion: MM. DARIER, BROCC, GASTOU, BARTHÉLEMY, HALLOPEAU, BESNIER.) — Sur une pseudo-pelade en bande, par MM. HALLOPEAU et BUREAU. — Acné hypertrophique, par M. CHAILLOUS. — De la scrofule oculaire et de ses relations avec la syphilis héréditaire, par M. GALEZOWSKI. (Discussion: M. FOURNIER.) — Psoriasis palmaire atypique kératosique, par MM. GAUCHER et HERMARY. — Troubles oculaires d'origine hérédo-syphilitique, par MM. A. FOURNIER et SAUVI-NEAU. — Sur une gomme primitive et isolée d'une amygdale, par MM. AUDRY et IVERSENE. — Épithélioma développé sur un lupus de la muqueuse bucco-pharyngée, par MM. AUDRY et IVERSENE.

Correspondance imprimée.

Pester medizinische-chirurgische Presse.

Ouvrages offerts.

CARTIER. — *L'hygiène à Toulon*. Un vol. in-8°, Toulon, 1894.

— Du traitement de la syphilis par les injections intra-musculaire, de bichlorure de mercure. — Les maladies vénériennes à Toulon. — Ext. : *Archives de médecine navale*.

PETRINI, de Galatz. — Note sur un cas de lupus vulgaire épithéliomateux avec des bourgeons alvéolaires colloïdes du nez. — Note sur un cas de colloïd milium au cours d'un hydroa récidivant. — Ext. : *Comptes rendus du V^e congrès dermatologique allemand*.

Traitement chirurgical du lupus.

Par M. NÉLATON.

J'ai l'honneur de vous présenter deux malades ; l'un est un homme qui était atteint d'un lupus occupant toute la face, et d'un épithélioma qui faisait une saillie volumineuse grosse comme une mandarine au niveau de la commissure labiale droite. J'ai enlevé l'épithéliome de ce malade et la perte de substance a été comblée à l'aide d'un lambeau pris sur le bras par la méthode de Tagliacozzi.

Ce lupus a été traité par raclage à la curette de Volkmann et la cautérisation avec le thermocautère.

Le second malade était atteint de lupus de la face, il a été traité par le raclage et la cautérisation. Je présente ces malades bien que je sache qu'il ne faille pas compter pour eux sur une guérison définitive. Mais je trouve et vous pouvez constater vous-mêmes, que l'amélioration est considérable et je pense que dans ces lupus étendus le grattage et les cautérisations ignées, faites d'un seul coup sur toute l'étendue des parties malades et pendant l'anesthésie chloroformique, peuvent rendre de grands services.

M. G. THIBIERGE. — Les résultats obtenus chez le plus jeune des malades de M. Nélaton me paraissent d'autant plus remarquables que j'ai traité pendant longtemps ce sujet, dont le naturel très indocile et peu soigneux avait une grande part dans la ténacité ou mieux les reprises et les réinfections de sa lésion cutanée. Je ne puis cependant, tout en constatant la très grande utilité qu'il a retirée du traitement chirurgical, m'empêcher de constater que la cicatrice est bien saillante et irrégulière. J'ai fait pratiquer chez plusieurs malades atteints de lupus du visage des ruginations chirurgicales, suivies de cautérisations avec la solution de nitrate d'argent ou de chlorure de zinc, et dans tous les cas j'ai vu se produire des cicatrices lisses, bien inférieures certes au point de vue plas-

tique à celles qui succèdent aux scarifications ou aux cautérisations ponctuelles, mais beaucoup préférables aussi à celles qui chez ce malade ont suivi à l'emploi du thermocautère. Justifiée dans ce cas par la ténacité des lésions qui avaient déjà mutilé considérablement le visage, la cautérisation ignée profonde serait désastreuse dans des lupus moins tenaces et n'ayant pas provoqué de déformation notable de la face.

M. HALLOPEAU. — J'ai vu un des deux malades de M. Nélaton avant le traitement chirurgical et je trouve que l'amélioration est considérable.

M. BROCC. — Les résultats obtenus par M. Nélaton sont remarquables. Nous sommes nous-même depuis quelque temps entré dans cette voie en confiant à la chirurgie les lupus considérables de la face, comme d'ailleurs cela se fait depuis longtemps déjà pour les lupus très étendus du tronc et des membres. Nous recommandons de racler d'abord avec une grosse curette, puis de tâcher d'enlever avec une très fine curette tous les tubercules isolés ou enchâssés dans le derme; enfin, de cautériser avec le chlorure de zinc ou le nitrate d'argent, et ce procédé nous a paru donner de bons résultats. En tous cas, nous n'avons pas observé avec lui de kéloïdes aussi considérables que celles du 2^e malade de M. Nélaton. Après une première opération complète, le lupus est presque toujours assez amélioré pour qu'on puisse achever de le guérir par les méthodes ordinaires, sinon, on refait une autre intervention chirurgicale.

M. DU CASTEL. — Il faut craindre les kéloïdes comme suite des extirpations considérables par la cautérisation; cette complication est survenue chez celui de ces malades traité par la cautérisation.

M. NÉLATON. — Les kéloïdes se sont produites au point où le thermocautère a été forcé de pénétrer profondément.

Cas de télangiectasies en plaques multiples.

Par le M. L. BROCC.

Nous avons l'honneur de présenter à la Société un cas de télangiectasies en plaques des membres inférieurs.

La malade qui est entrée depuis quelques jours dans notre salle de maladies cutanées à l'hôpital Pascal, est une femme de 59 ans, un peu obèse, d'aspect général relativement satisfaisant. Voici son observation, rédigée d'après des notes fournies par M. Tissier, interne du service.

Ses antécédents héréditaires sont des plus difficiles à préciser et n'offrent aucun intérêt: son père et sa mère n'auraient jamais fait de maladies notables; elle a un frère bien portant.

Elle a été réglée à 13 ans: mariée à 18 ans à un architecte, elle n'a

jamais fait de travaux pénibles, ni subi de fatigues exagérées. Onze mois après son mariage elle a eu un enfant. Elle a perdu son mari à 36 ans, et à 49 ans est survenue la ménopause. Elle n'a jamais été malade avant ses couches : immédiatement après, vers l'âge de 20 ans, elle a eu probablement quelque affection utérine.

A l'âge de 21 ans, deux ans après ses couches, elle a eu un accident primitif aux grandes lèvres avec œdème dur considérable ; environ trois mois après elle eut des accidents à la gorge, elle alla consulter Ricord, et à partir de cette époque elle fut soignée pendant quelque temps d'une manière assez régulière pour la syphilis.

A l'âge de 26 ans, elle eut des coliques hépatiques dont les crises se sont renouvelées presque sans interruption tous les mois ou tous les deux mois usqu'à l'âge de 40 ans : à cette époque elles ont définitivement disparu. A 41 ans, nouveaux accidents du côté du bas-ventre qualifiés de métrite et de pelvi-péritonite, et, au bout de 18 mois de maladie, ouverture d'un abcès pelvien dans le rectum.

A l'âge de 54 ans la malade a été prise d'accidents pleuro-pulmonaires, graves très probablement consécutifs à une grippe ; elle parle comme diagnostics faits à cette époque, de broncho-pneumonie, de pneumonie, de pleurésie : elle avait de la fièvre et toussait beaucoup.

C'est vers l'âge de 50 ans, quelques mois environ après la ménopause, qu'elle a vu paraître pour la première fois sur la jambe gauche, puis sur la cuisse, quelques taches d'un rouge vif. Elles ne se développèrent tout d'abord qu'avec la plus grande lenteur ; mais lors de ses accidents thoraciques elles augmentèrent avec rapidité. Elle n'avait à cette époque que des varices peu apparentes constituées par quelques veinosités bleuâtres.

Dans ces derniers temps elle a consulté M. le Dr Feré pour certains troubles nerveux sur lesquels elle ne donne que des renseignements incomplets.

Vers les premiers jours de décembre 1896 elle a vu survenir au mollet et à la face interne du tibia droit des petites tumeurs dures, d'abord indolentes, puis qui sont devenues assez sensibles à la pression.

État actuel. — La malade présente sur toute l'étendue des deux membres inférieurs, disposées d'une manière assez symétrique, une quantité considérable de taches rouges dont la teinte varie du rouge vineux au rouge vif. Leur coloration varie dans ces limites suivant les éléments que l'on considère : elle diminue par le séjour au lit, elle s'accroît au contraire par la station debout et la compression de la racine du membre. La plupart d'entre elles s'effacent complètement par la pression et surtout par la distension des téguments ; cependant un certain nombre conservent une légère teinte jaunâtre, du moins en certains points de leur étendue, et même il persiste parfois quelques petits tractus rougeâtres. En les regardant de fort près il est possible de voir qu'elles sont constituées par de très fines télangiectasies agglomérées d'un rouge plus ou moins vif. Au niveau de certaines d'entre elles, il existe une ou plusieurs varicosités bleuâtres dont la teinte tranche sur celle des plaques.

Elles ne font nullement saillie à la surface des téguments ; mais à leur niveau il n'y a pas non plus de dépression. Leur forme générale est ova-

laire, quelques-unes, surtout parmi les plus petites, sont arrondies ; il y en a fort peu de franchement irrégulières : leurs limites sont assez nettement arrêtées. A la face interne et antérieure des cuisses leur grand axe est dirigé de haut en bas et de dehors en dedans ; aux jambes il est vertical. Ailleurs leur disposition est assez régulière. Elles criblent en quelque sorte les téguments des membres inférieurs. Leurs dimensions varient de celles d'une tête d'épingle à celles d'une pièce de 50 centimes ; la plupart ont une surface à peu près égale à celle d'une pièce de 20 centimes en argent, mais on en voit (surtout aux jambes) qui atteignent la grandeur d'une pièce de un franc et même qui la dépassent.

On en compte environ 200 sur la cuisse droite, 140 sur la cuisse gauche, 110 sur la jambe droite, 22 sur la jambe gauche ; elles atteignent leur maximum de fréquence vers la face interne des cuisses. Il ne semble pas que la température des téguments soit abaissée à leur niveau. Les diverses sensibilités semblent y être normales ; cependant sur certaines d'entre elles la sensibilité à la douleur est-elle peut-être un peu diminuée.

Quand on les regarde d'un peu près on ne tarde pas à remarquer deux particularités assez intéressantes : 1° un certain nombre présente en un ou plusieurs points de leur surface des taches blanchâtres de forme générale arrondie quoiqu'ayant parfois des limites un peu irrégulières : leurs dimensions varient de celles d'une tête d'épingle à celles d'une petite lentille. La teinte de ces taches est d'un blanc assez nacré, comme cicatricielle : elles donnent à l'œil l'impression d'une cicatrice ; d'ailleurs les téguments sont parfaitement souples à leur niveau quoiqu'ils paraissent légèrement déprimés : ils ne sont nullement indurés ; ils n'offrent d'ailleurs aucune infiltration, aucun épaissement au niveau des plaques.

2° La deuxième particularité qu'elles présentent est qu'à leur surface existe une desquamation qui n'est que furfuracée sur la plupart des plaques de la cuisse, mais qui sur certaines d'entre elles, et surtout sur celles des jambes, arrive à être fort accentuée et à constituer des sortes de lamelles en disques, transparentes, nacrées, qui se détachent par les bords et qui souvent restent collées par leur centre : elles sont en somme peu adhérentes et peu abondantes. Elles sont posées sur les plaques malades comme des pains à cacheter. D'ailleurs toute la peau des membres inférieurs, même dans l'intervalle des taches, est recouverte d'une fine desquamation pityriasique.

Les téguments présentent en outre de fines dilatations des veinules sous-cutanées et des varices assez volumineuses.

Sur les mains on trouve quelques petites taches un peu blanchâtres ; à la région lombaire il existe une grande plaque vitiligineuse d'aspect, triangulaire, à sensibilité normale, au milieu de laquelle se rencontre une plaque de veinosités.

Sur la face interne de la jambe droite, au milieu du dos, à la face interne du bras gauche se voient trois petites productions cornées qui n'ont pas d'ailleurs dans l'espèce beaucoup d'importance.

La langue présente vers la partie médiane et moyenne plutôt un peu postérieure une zone irrégulière un peu allongée, au niveau de laquelle il y a de la dépapillation et une légère infiltration évidemment fort ancienne

de la muqueuse : il est probable qu'il y a eu en ce point de la sclérose syphilitique.

Vers la partie moyenne de la face interne du tibia droit qui semble bosselée dans son ensemble, se voit une tumeur un peu rosée, allongée dans le sens vertical, peu douloureuse spontanément, assez sensible à la pression, mais d'une manière variable selon les jours et donnant l'impression d'une lésion syphilitique. En arrière, vers le mollet, on en trouve deux autres plus petites.

Il y a quelques nævi disséminés çà et là sur les téguments. Toute la peau est un peu xérodermique et est criblée de nombreuses petites cicatrices de kératose pileaire.

La malade est extrêmement nerveuse ; elle s'émotionne avec la plus grande facilité : elle se plaint de vertiges, de maux de tête.

Les poumons présentent un léger degré d'emphysème ; le cœur est normal. Les digestions sont bonnes ; il y a un peu de constipation. Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine : elles contiennent environ pour 24 heures 12 grammes d'urée, 9 grammes de chlorures, un gramme de phosphates ; on y trouve quelques leucocytes, des cristaux d'acide urique, d'oxalate de chaux et d'urate d'ammoniaque.

Nous avons déjà observé un cas analogue, mais dans lequel les plaques télangiectasiques ne présentaient ni taches blanchâtres d'aspect cicatriciel, ni desquamations ; par contre, elles avaient envahi la presque totalité des téguments : il a depuis lors été publié par MM. Léopold Levi et Émile Lenoble, en 1896 (1^{er} juillet, p. 318), dans la *Presse médicale*.

Nos premières recherches bibliographiques ne nous ont permis de relever que les cas suivants : 1^o cas d'Hillairet dont nous n'avons pu trouver l'observation (moulages 599-611 du musée de l'hôpital Saint-Louis) ; 2^o cas de Vincenzo Tanturri (*Il Morgagni*, L. XXI, p. 561, analysé par le D^r Jullien dans les *Annales de dermatologie*, 1880, p. 338) ; 3^o cas de E. Vidal (Soc. médicale des hôpitaux, 11 juin 1880. Voir *Comptes rendus*, p. 186) ; 4^o cas de P. A. Morrow (*Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, février 1894, p. 74) ; 5^o cas double du D^r Gastou (Société de dermatologie, 8 février 1894). En y ajoutant celui de MM. L. Lévi et E. Lenoble et le cas que nous présentons aujourd'hui, nous arrivons au total vraiment modeste de huit cas publiés de télangiectasies généralisées en plaques.

Sur ces 8 cas on trouve deux hommes et six femmes. Il semble résulter de la lecture des diverses observations que l'on doit surtout incriminer dans le développement de ces curieuses lésions certaines modifications du système nerveux. Dans deux cas on a noté parmi les antécédents une syphilis acquise, dans un autre cas une syphilis héréditaire.

Mais nous devons reconnaître que les documents que nous possé-

dons à l'heure actuelle ne sont pas suffisants pour nous permettre de donner une étude quelque peu sérieuse de ces lésions. Il semble que les divers cas que nous venons de citer ne sont pas absolument comparables entre eux.

Celui dont nous avons relaté l'histoire nous paraît assez remarquable pour vous être communiqué, car l'existence des taches blanchâtres d'aspect cicatriciel qui existent sur certaines des plaques, et de la desquamation lamelleuse qui se produit à leur niveau, semblerait prouver qu'elles sont le siège d'un certain processus inflammatoire. Il doit cependant être fort minime puisqu'elles disparaissent pour la plupart par la simple distension des téguments.

Certes on pourrait se demander si les petites taches blanchâtres ne sont pas des reliquats d'accidents cutanés antérieurs, si les plaques télangiectasiques ne sont pas consécutives à ces accidents cutanés anciens, ou bien si elles ne sont pas totalement indépendantes de ces lésions. Ces interprétations nous paraissent difficiles à admettre. Ces taches blanchâtres ne peuvent évidemment pas être rattachées à la kératose pilaire et c'est la seule affection cutanée à tendances cicatricielles dont les téguments des membres inférieurs présentent des traces. D'autre part, la malade ne se souvient pas d'avoir jamais eu antérieurement la moindre éruption. Notre cas est le seul publié dans lequel on ait noté cette particularité de taches blanchâtres développées au niveau des plaques télangiectasiques ; mais nous l'avons relevée sur le moulage n° 599 du musée de l'hôpital Saint-Louis représentant la cuisse du malade d'Hillairet. Leur importance doit donc très probablement être assez considérable.

La malade de Tanturri présentait comme la nôtre de la desquamation à la surface de ses plaques télangiectasiques. Il aurait donc été fort important de pratiquer ici une biopsie et un examen histologique ; malheureusement cela ne nous a pas encore été possible ; si nous y arrivons, nous nous empresserons de communiquer à la Société les résultats obtenus. En effet, nous aurions voulu vérifier si notre cas est anatomiquement comparable au cas de M. le Dr Gastou dans lequel il n'y avait qu'un très léger degré d'infiltration embryonnaire du derme autour des vaisseaux de la région papillaire, pas de dilatations vasculaires et pas de modifications de l'épiderme, de telle sorte qu'on était conduit à considérer les lésions comme de simples troubles d'ordre vaso-moteur. D'après les particularités que nous venons de mettre en relief, il nous semble à priori fort difficile d'admettre qu'il en soit tout à fait ainsi pour notre malade. Et cependant nous croyons quand même que les troubles morbides d'ordre névropathique jouent ici un rôle prépondérant, comme l'indiquent l'effacement complet ou presque complet des taches par la pression, et leur développement à la suite de la ménopause et pendant une grave

affection pleuro-pulmonaire ; nous pensons en outre qu'il faudra désormais rechercher dans les faits ultérieurs si une syphilis antérieure héréditaire ou acquise ne peut pas prédisposer au développement de semblables accidents.

Quoi qu'il en soit, il semble que notre malade et que celui de M. Hillairet constituent un type à part de télangiectasies bien caractérisé au point de vue évolutif par la formation au niveau des plaques de taches blanchâtres cicatricielles et de desquamations lamelleuses.

M. GASTOU. — Voici la suite de l'observation que j'ai faite il y a deux ans et à laquelle M. Brocq vient de faire allusion.

Le père, qui avait de la télangiectasie disséminée et de la paralysie générale spécifique, est mort à Sainte-Anne. Sa fille a eu 3 enfants. Le premier avait de la télangiectasie et est mort subitement, le second est mort aussitôt après sa naissance. Le troisième n'a pas de télangiectasie et présente une adénopathie cervicale.

Lupus érythémateux avec squames psoriasiformes de la face et folliculis des mains.

Par M. DU CASTEL.

M^{me} X... est âgée de 44 ans ; sa santé habituelle est bonne ; elle habite la campagne aux environs de Péronne (Somme) où elle est occupée aux travaux des champs. Une de ses sœurs est morte de tuberculose pulmonaire ; un de ses enfants, âgé de 11 ans, est atteint d'adénite cervicale suppurée. La malade a eu six accouchements dans d'excellentes conditions ; cinq de ses enfants sont encore vivants.

Il y a huit ans, la malade eut aux jambes une éruption érythémateuse qui s'effaça rapidement. A l'époque menstruelle suivante, la face et le cuir chevelu furent envahis par un érythème en placards avec sensation de brûlure, œdème diffus de la face. Il y avait en même temps une grande gêne de la déglutition. Depuis lors la face est restée toujours malade, toujours rouge ; mais la rougeur n'offre pas toujours la même intensité, il y a succession irrégulière d'exacerbations et d'atténuations.

La malade aurait eu, il y a trois ans, un érysipèle avec forte fièvre et délire. C'est à cette époque que sont apparues les croûtes qui persistent encore actuellement et qui recouvrent la presque totalité de la face et lui donnent un aspect particulier. Ce sont des croûtes épaisses, grasses, jaunâtres, assez régulières d'aspect ; elles ont une forme rectangulaire, légèrement allongée, d'un bon centimètre dans leur plus grande longueur ; elles sont séparées par des intervalles d'un millimètre environ ; leur adhérence à la peau est grande. Leur disposition d'ensemble forme un carrelage régulier. Dans l'intervalle des croûtes, la peau est nettement cicatricielle par places, rouge vineux dans d'autres points. Les deux

joues, le nez, le front sont envahis ; les deux oreilles sont recouvertes d'une peau cicatricielle. Sur le cuir chevelu, il existe un certain nombre de plaques cicatricielles et de taches érythémateuses recouvertes de squames fines et adhérentes.

Les muqueuses buccale et nasale sont saines.

Le dos des mains est parsemé de plaques érythémateuses avec squames adhérentes, de taches cicatricielles offrant le type net des lésions du lupus érythémateux du dos des mains. Ces lésions s'atténuent chaque été.

La paume des mains présente une lésion des plus intéressantes, elle est parsemée de taches cicatricielles et de plaques squameuses analogues à celles du dos des mains ; il y a en plus quelques petites nodosités inflammatoires incrustées dans le derme et rappelant les nodosités de la folliculite tuberculeuse dont la Société a discuté la nature dans sa précédente séance, mais n'ayant pas actuellement de point nécrotique central.

Rien de particulier à noter dans le reste de la santé de la malade, qui ne paraît pas atteinte de tuberculose pulmonaire.

Je crois que nous sommes incontestablement en présence d'un cas de lupus érythémateux de la face et des mains que la disposition insolite des squames de la face et de quelques nodules inflammatoires de la paume des mains rend particulièrement intéressant.

Deux cas de trichophytie des parties glabres.

Par M. DU CASTEL.

Les deux malades que j'ai l'honneur de présenter à la Société, me paraissent offrir deux formes intéressantes de trichophytie.

La première, cette enfant âgée de vingt mois, m'était amenée, il y a quelques jours, pour une éruption occupant surtout l'épaule droite en arrière et se prolongeant sur sa partie antérieure. L'éruption se compose de placards arrondis, dont un très étendu, et de lésions miliaires disséminées entre ces placards. L'élément dominant est la vésico-pustule ; c'est elle qui s'observe entre les placards ; ceux-ci sont formés par des agglomérations des mêmes éléments : sur chaque placard, la vésico-pustule est plus abondante à la périphérie, mais il n'y a pas là une ligne très étroite comme dans la trichophytie circinée, mais une bande de vésicules large d'un grand centimètre ; le centre de la lésion n'est pas à l'état de guérison comme dans la trichophytie circinée type ; il est semé d'un certain nombre de vésico-pustules assez volumineuses, à contenu jaunâtre. La lésion dans son ensemble constitue une sorte de folliculite agminée, atténuée, rappelle le macaron de la trichophytie équine plutôt que l'eczéma, avec lequel elle n'est cependant pas sans analogie. L'affection a débuté, il y a une quinzaine de jours, par une lésion grosse comme

une tête d'épingle, dit la mère ; cette lésion siégeait au niveau du grand placard qui n'est qu'une extension de la lésion première. Toutes les autres lésions se sont semées depuis ; un fait remarquable, c'est que ces placards sont d'autant plus petits qu'on les examine plus loin du placard primitif. Il semble que les inoculations se font progressivement du point central, du placard initial, vers la périphérie et que les lésions soient d'autant plus jeunes, d'autant moins développées qu'on les examine plus loin du placard initial.

C'est l'aspect particulier de la lésion, en même temps que sa circonscription à une partie tout à fait limitée du corps, qui m'a fait penser à la possibilité d'une lésion parasitaire. J'ai eu recours à l'obligeance de M. Sabouraud pour juger en définitive cette hypothèse, et il a pu constater de la façon la plus manifeste l'existence d'une trichophytie cutanée.

La seconde malade est une jeune fille de 20 ans, d'une santé irréprochable, atteinte d'une lésion des mains qui a débuté il y a trois mois. Actuellement la paume des mains est couverte de plaques desquamatives sans phénomènes inflammatoires accusés. Au pourtour de chaque plaque, il y a soulèvement de l'épithélium dans une largeur d'un à deux millimètres ; pas de vésicules appréciables, pas de suintement.

Trois ongles sont malades, la lésion est caractérisée par une infiltration et une dissociation partant du bord libre de l'ongle et gagnant progressivement la matrice.

Les analogies des lésions palmaires et de celles des ongles avec celles de la trichophytie de cette région m'ont conduit à penser que nous étions peut-être en présence d'une affection parasitaire.

N'ayant pu constater par les procédés ordinaires et rapides l'existence du trichophyton, j'ai eu recours à la compétence de notre collègue, M. Sabouraud, qui n'a pas été plus heureux ; mais il partage cependant mon opinion que nous sommes probablement en présence d'un cas de trichophytie, et il a fait une culture dont je communiquerai les résultats à la Société dans la prochaine séance, car cette culture est encore trop récente pour avoir pu donner des résultats.

M. FEULARD. — En ce qui concerne la première malade, le diagnostic de trichophytie me paraît encore actuellement facile à faire. La lésion est en effet assez étendue, mais les vésico-pustules qui la bordent et y sont disséminées répondent aux lésions qui ont valu à la trichophytie de la peau le nom d'herpès circiné.

M. DU CASTEL. — J'insiste sur ce fait qu'au début les lésions consistaient en un véritable macaron comme dans la trichophytie équine ; c'est peu à peu que les vésiculettes se sont étendues en nappe.

M. HALLOPEAU. — En ce qui concerne la seconde malade présentée par

M. Du Castel, il me paraît difficile d'affirmer qu'il s'agisse de trichophytie. Une forme d'eczéma chronique pourrait déterminer des lésions semblables.

M. TENNESON. — En général dans ces formes kératosiques jeunes et superficielles de la trichophytie, le parasite est facile à trouver. Comme il n'en a pas été ainsi, il est probable que cette lésion n'est pas trichophytique.

M. BESNIER. — La nature et l'origine de cette trichophytie ont-elles été recherchées ?

Cicatrice chéloïdienne de la région présternale consécutive à une cautérisation par la teinture d'iode.

Par **M. GEORGES THIRIEUX.**

Le cas de la malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société n'offrirait aucun intérêt, n'était l'étiologie de la cicatrice chéloïdienne qu'elle porte sur le thorax.

Il s'agit d'une jeune fille de 15 ans, que je traite depuis 3 semaines à la polyclinique dermatologique de l'hôpital de la Pitié. Cette jeune fille présente, à la partie moyenne de la région présternale, une cicatrice saillante d'aspect absolument chéloïdien, à savoir une bride transversale mesurant environ 16 millimètres de hauteur et 3 de saillie, correspondant au sternum et munie de deux prolongements latéraux bridés et irréguliers, atteignant au maximum 5 centimètres de hauteur et 3 centimètres de largeur; à gauche, le prolongement s'étend dans la région sus-mammaire jusqu'à 6 centimètres de la ligne médiane et un petit noyau chéloïdien se voit un peu au-dessus de son extrémité externe; les portions saillantes sont entourées sur presque toute leur étendue d'une bande cicatricielle gaufrée mesurant au maximum 5 millimètres de large.

La malade rapporte de la façon suivante les conditions de développement de cette chéloïde.

Il y a 7 mois, toussant depuis quelques jours, elle alla consulter un pharmacien, lequel lui conseilla de faire sur le devant de la poitrine une application de teinture d'iode et lui vendit, pour la somme de 15 centimes, la quantité de ce produit qu'elle devait employer; rentrée chez elle, elle versa le contenu du flacon sur un morceau d'ouate et appliqua celui-ci sur le devant de la poitrine. Toute la nuit, elle éprouva à ce niveau une douleur assez intense et le lendemain y constata la présence d'une croûte noirâtre, correspondant à peu près aux dimensions de la chéloïde actuelle et au-dessous de laquelle se voyait une couche de pus. Sur le conseil du même pharmacien, elle appliqua un cataplasme de farine de lin qui amena, au bout de deux jours, la chute de la croûte; à sa place était une ulcération offrant une configuration semblable à celle de la chéloïde

actuelle ; cette ulcération était le siège d'un bourgeonnement assez prononcé et, au dire de la malade, aurait présenté une saillie identique à celle de la chéloïde ; néanmoins, elle se serait réparée au bout d'une huitaine de jours.

Dès la chute de la croûte, la lésion était le siège de douleurs assez vives, qui ont toujours persisté depuis lors, se produisant à la moindre pression et qui amènent la malade à réclamer de nous un moyen de la soulager.

La malade, lorsqu'on lui présente un flacon de teinture d'iode, reconnaît la couleur et l'odeur de ce produit comme étant celui de la substance qu'elle a employée, mais déclare que celle-ci avait une odeur plus forte que la teinture d'iode de l'hôpital. J'ai envoyé deux personnes différentes, chez le pharmacien que la malade m'avait désigné comme lui ayant vendu le produit incriminé, acheter pour 15 centimes de teinture d'iode : à l'une, il a été remis un flacon contenant 8 grammes d'une teinture d'iode d'odeur plus accusée que celle de l'hôpital ; à l'autre, qui a fourni le flacon comme l'avait ma malade, il a été remis 15 grammes de la même préparation.

Sur aucun point du corps, on ne trouve de trace de chéloïde : au niveau du lobule des oreilles dont la perforation est aujourd'hui comblée, on sent seulement un petit nodule dur, un peu plus gros à droite où il ne dépasse pas le volume d'un petit grain de plomb et auquel il n'est pas possible de donner le nom de chéloïde.

En résumé, il s'agit d'une cicatrice chéloïdienne de la région sternale, c'est-à-dire du lieu d'élection des chéloïdes, consécutive à une brûlure au 2^e ou au 3^e degré par de la teinture d'iode appliquée d'une façon défectueuse. Précisément parce que le mode d'emploi ici usité de la teinture d'iode est anormal et exceptionnel, cette observation vient confirmer la remarque faite dans la dernière séance par M. Besnier, à propos d'une malade présentée par M. Feulard, que les chéloïdes consécutives à l'application de la teinture d'iode sont d'une extrême rareté et que la plupart de celles qui ont été signalées sont étiologiquement discutables. Dans le cas actuel, je crois m'être entouré de précautions suffisantes pour pouvoir affirmer que la préparation pharmaceutique était bien la teinture d'iode.

Un nouveau cas de folliculites disséminées prédominant aux mains et aux oreilles chez un sujet atteint de polyadénopathies tuberculeuses.

Par M. GEORGES THIBIERGE.

Le malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société offre un nouvel exemple de l'affection désignée sous les noms divers de fol-

liclis, de folliculites disséminées, d'hidradénite suppurative et que M. Darier a proposé, dans la dernière séance, de dénommer tuberculide. Son observation viendra, en s'ajoutant à celles des malades présentés aux précédentes réunions, par MM. Hallopeau, Darier, Danlos, Tenneson, montrer que ce type clinique est loin d'être une rareté et se présente dans des conditions fort identiques.

Il s'agit d'un homme de 40 ans, exerçant la profession de voyageur de commerce, qui est venu me consulter hier à la polyclinique dermatologique de l'hôpital de la Pitié, pour des accidents nerveux semblant relever de la neurasthénie, sur lesquels je ne veux pas insister ici, et en outre pour les lésions cutanées sur lesquelles je désire appeler votre attention.

Il présente sur la face dorsale des mains, principalement au voisinage des articulations métacarpo-phalangiennes, vers le bord interne de la main et au niveau du 2^e métacarpien, ainsi que sur la face dorsale et les bords latéraux des 4 derniers doigts et sur la face palmaire de l'auriculaire droit, des lésions caractérisées de la façon suivante à leurs différents stades dont on trouve actuellement tous les spécimens : au début, et ce stade peut être étudié sur deux éléments apparus depuis deux jours sur la main droite, il se forme une petite saillie rouge clair, centrée par une pustulette acuminée, saillie du volume d'une grosse tête d'épingle en verre, de consistance ferme. Au bout de quelques jours, la saillie devient un peu violacée, sa consistance est plus ferme, elle représente alors un grain de plomb enchâssé dans le derme ; la pustule s'élargit légèrement et en même temps s'aplatit, donnant à certains éléments un aspect qui rappelle celui d'une vésicule herpétique suppurée. Plus tard, encore, la pustule se rompt, elle est remplacée par une croûte brune, assez adhérente, autour de laquelle la saillie dure précédemment décrite forme une sorte de cratère de consistance ferme, fibreuse. Enfin, le dernier terme de la lésion est constitué par une cicatrice régulièrement arrondie, légèrement déprimée, rappelant celle de l'acné nécrotique, d'abord entourée d'une zone rougeâtre ou légèrement pigmentée, finalement blanche. Au dire du malade, l'évolution des éléments, jusqu'à la formation de la cicatrice, dure un mois.

Les mains sont le siège d'une assez notable congestion passive avec algidité.

Les avant-bras ne présentent aucune lésion analogue à celles des mains.

A la partie postérieure des coudes, on voit quelques éléments analogues à ceux des mains, mais plus aplatis, à contours moins bien délimités, de consistance moins ferme et constitués surtout par une croûte grisâtre ou brunâtre, entourée d'une zone rouge bleuâtre.

Les pieds ne sont le siège d'aucune lésion et ne présentent pas de traces d'asphyxie locale. A la partie externe de la région poplitée gauche, 6 ou 7 éléments dont deux seulement sont en activité et constitués par une pustule de la largeur d'une grosse tête d'épingle en verre reposant sur une base rouge et légèrement infiltrée, tandis que les autres ne sont plus représentés que par une cicatrice légèrement déprimée et fortement pigmentée. Un élément pustuleux au-devant de la rotule gauche.

Aux fesses, un certain nombre d'éléments rouges, saillants, infiltrés, quelques-uns centrés par une pustulette très nette ; ces éléments mesurent la largeur d'une grosse lentille.

Dans le dos, au milieu des cicatrices d'acné ancienne, de comédons et de pustules acnéiques peu développées et à base non infiltrée, on voit 5 ou 6 éléments ayant le même aspect que ceux des fesses.

Les oreilles offrent, sur toute l'étendue de l'ourlet, principalement à son bord interne, et à la partie externe de la conque, un nombre considérable d'éléments analogues à ceux des mains ; ici, cependant, le processus pustuleux est moins net et, sur un certain nombre d'éléments, il semble faire défaut, ceux-ci étant constitués en apparence uniquement par une saillie rouge, arrondie, semblable à celle d'un grain de plomb ; un très petit nombre d'entre eux sont centrés par une pustulette ; à ces éléments sont entremêlées un certain nombre de petites cicatrices déprimées.

Les lésions cutanées que je viens de décrire auraient débuté par les oreilles en 1870 : à cette époque, le malade a eu les oreilles gelées et depuis lors il aurait eu constamment à ce niveau des lésions semblables à celles que nous constatons aujourd'hui ; depuis la même époque, le moindre frottement au niveau des oreilles est douloureux ; cette sensation pénible est plus prononcée en hiver qu'en été.

Quant aux mains et aux genoux, seules régions où le malade ait remarqué l'éruption, ils n'ont commencé à être atteints qu'au mois de juillet dernier et, jusque-là, n'avaient jamais été le siège d'engelures.

Depuis 1893, le malade est atteint d'adénopathies de l'aisselle droite et de la partie latérale droite du cou. Dans ces deux régions, on constate l'existence de nombreux ganglions volumineux, non suppurés, présentant tout l'aspect de la forme pseudo-lymphadénique de la tuberculose ganglionnaire.

Il ne présente, à la percussion et à l'auscultation, aucun signe de tuberculose pulmonaire.

C'est un homme grand, dont les doigts et les orteils, rappelant ceux des acromégaliques, semblent presque appartenir à un géant.

Au milieu d'antécédents morbides assez complexes, il convient de signaler une syphilis remontant à 12 ans, qui a donné lieu à la production de gommes précoces et pour laquelle le malade, quelque peu syphilophobe, a suivi à plusieurs reprises des traitements iodurés : au mois de juillet dernier, peu avant l'apparition des lésions cutanées aux mains, il venait de subir 8 injections de biiodure de mercure.

Ces lésions seront l'objet d'une série de recherches histologiques, bactériologiques et expérimentales, que je communiquerai à la Société. Aujourd'hui j'ai voulu seulement faire connaître ce nouveau cas, sans entrer dans la discussion pathogénique d'une affection encore fort obscure.

Sur un cas de mycosis fongique avec masque spécial et prurigo.

Par H. HALLOPEAU et G. BUREAU.

Voici, depuis moins d'un an, le troisième cas de cette maladie que nous avons l'honneur de vous présenter ; comme les deux précédents, et, d'une manière générale tous ceux que nous avons observés à Saint-Louis dans ces dernières années, il offre des particularités dignes d'attention.

Son histoire peut se résumer ainsi qu'il suit :

Jean G..., 48 ans, domestique, entre à l'hôpital Saint-Louis, le 11 janvier 1896, salle Bazin, lit n° 43.

Cet homme ne présente rien d'intéressant à signaler dans ses antécédents héréditaires ou personnels.

Son affection actuelle a débuté, il y a six ans, par une plaque rouge, érythémateuse, extrêmement prurigineuse, située à la partie moyenne de la région antérieure de la jambe gauche. Pendant quatre mois cette tache reste unique, s'agrandissant un peu, puis il se développe une nouvelle plaque en un point symétrique sur la jambe droite. Ensuite l'éruption s'étend sur toute la surface du corps ; par suite du grattage, plusieurs de ces plaques s'ulcèrent. La face a été prise il y a deux ans. Depuis le début de l'affection, les lésions ont été plus ou moins accentuées, de nouvelles taches se développant alors que les anciennes s'effaçaient, mais jamais elles n'ont complètement disparu. Les démangeaisons ont toujours été très vives, empêchant le sommeil.

Voici actuellement l'aspect que présente ce malade. La face est recouverte d'un véritable masque et, dans sa partie supérieure, il ne persiste entre les lésions que de très rares et très petits espaces de peau saine. Ce sont de larges placards, de couleur rouge pâle, surélevés, limités par un bord également surélevé ; à contours très irréguliers, et nettement limité. A leur niveau, la peau est infiltrée, épaissie, comme œdémateuse ; les plis naturels y sont plus nombreux, plus évidents et il existe une légère desquamation. Le front est pris dans toute son étendue ; au-dessus de chaque sourcil persiste seulement une mince bande de peau normale. Du côté du cuir chevelu, la limitation de cette plaque n'est pas nette, elle y pénètre par places plus ou moins profondément. Les paupières sont atteintes dans toute leur étendue ; elles sont rouges, œdémateuses, et il existe une légère blépharite ; au-dessous de la paupière gauche, se trouve une plaque en forme de virgule, plus saillante, plus infiltrée, formant presque une petite tumeur sur le fond rouge, érythémateux ; sur la paupière elle-même, existe un autre petit tubercule arrondi, de la dimension d'un pois. Les joues sont aussi très atteintes, recouvertes de larges taches rouges ne respectant que leur partie centrale. Sur la partie inférieure de la face, les lésions sont moins accentuées, les placards beaucoup moins étendus ; on y trouve surtout des taches arrondies ou irrég-

gulièrement ovalaires, d'un à deux centimètres de diamètre, et irrégulièrement disséminées. Les oreilles sont saines, mais, dans les régions rétro-auriculaires et la peau est rouge, infiltrée, les cheveux sont très raréfiés, très fins et on aperçoit par places dans le cuir chevelu de petites taches rosées, non saillantes, au niveau desquelles existe une alopecie presque complète. Sur le cou, l'éruption se présente sous forme de taches arrondies ou un peu ovalaires, indurées, de couleur rouge foncé à leur partie centrale, plus pâle au contraire à la périphérie.

Les mêmes éléments sont disséminés sur le tronc; ils sont très variables comme dimensions; au-devant de l'aisselle droite se trouve, un grand médaillon, allongé verticalement, mesurant 6 centim. sur 5, de couleur rouge brunâtre; dans son aire, se trouve 3 ou 4 petites plaques plus foncées, saillantes, infiltrées et légèrement desquamantes. Dans le dos, en plus des mêmes éléments, on aperçoit quelques taches de forme circinée, formées d'un anneau érythémateux entourant une partie centrale de tissu normal; on y voit aussi de nombreux comédons et des papules d'acné.

Sur les membres, les mêmes taches sont disséminées sans ordre, variant comme couleur et comme dimensions, mais rappelant toutes l'aspect objectif décrit précédemment.

Au niveau du pubis et des aisselles, les poils sont très raréfiés. Il existe une adénopathie axillaire assez prononcée; on y sent de nombreux ganglions du volume d'une noisette environ; aux aines, l'adénopathie est moins accentuée.

Il n'existe actuellement et il n'y a jamais eu aucune lésion buccale.

Cette éruption est excessivement prurigineuse; le malade ne cesse de se gratter et l'on constate sur tout le corps, surtout au niveau du tronc et des cuisses, de nombreuses lésions de prurigo sous forme, soit de traînées linéaires, soit de papules rouges, avec croûtelles noirâtres.

Cette affection n'a pas beaucoup retenti jusqu'à présent sur l'état général du malade, bien qu'il dise avoir maigri depuis quelques années; l'on ne constate aucune altération viscérale.

Nous n'insisterons pas sur les difficultés qu'a présenté le diagnostic au début et qui ont conduit des médecins très expérimentés à traiter successivement le malade pour un eczéma et pour un psoriasis: chacun sait que c'est la règle pour cette maladie.

L'altération des traits est des plus remarquables chez ce malade: l'envahissement de la face dans la presque totalité de sa moitié supérieure par les placards rouges et saillants, très peu squameux, à contours nettement limités, très irréguliers, parfois en forme de grosse virgule, ainsi que la rougeur et la bouffissure des paupières, donnent à la physionomie un aspect étrange rappelant celui qu'offrait une malade étudiée par l'un de nous comme atteinte d'un lupus érythémateux à forme aiguë.

Les cheveux présentent la même altération que dans les formes érythrodermiques généralisées, bien que la dermatose ne se mani-

ferme au cuir chevelu que sous la forme de taches rosées, non confluentes.

Un fait des plus exceptionnels chez ce malade est le prurigo : l'un de nous a insisté à plusieurs reprises sur l'absence de cette affection chez les mycosiques, malgré l'énorme intensité qu'y atteignent souvent le prurit et le grattage ; il est de règle, en particulier, que les « hommes rouges », malgré des grattages réitérés et frénétiques, restent indemnes de ce prurigo ; nous avons rattaché à une altération dans la structure du corps papillaire l'absence en pareil cas de ce phénomène de réaction ; sans doute, chez notre sujet, les intervalles de peau interposés aux lésions restent exempts de cette altération, bien que l'existence du prurit indique que déjà conformément aux vues de Leredde, la maladie s'y développe à l'état latent.

Nous signalerons enfin la conservation chez ce malade d'un état de santé générale relativement satisfaisant.

M. BESNIER. — Comme traitement en un tel cas, on est autorisé à chercher en dehors des chemins déjà parcourus, car il n'existe pas encore pour le mycosis de médicament patenté. Nous avons vu dans la lèpre des médicaments inattendus comme le Hoang-Nan, produire un certain effet curatif, aussi je proposerais l'essai de cette substance dans le mycosis.

M. HALLOPEAU. — Conformément à l'indication fournie à cet égard par M. Besnier pour un autre malade, nous soumettons, depuis quelques jours, celui-ci à cette médication.

Sur un cas de tuberculides acnéiformes et nécrotiques.

Par H. HALLOPEAU et G. BUREAU.

Ce fait se rapproche beaucoup des affections dites « *folliclis* » dont nous nous sommes occupés récemment et il appartient en toute évidence à la même famille.

L'éruption y est en effet essentiellement constituée par des infiltrations nodulaires qui deviennent, dans leur partie centrale, le siège d'une pustulette, laquelle se dessèche en croûtelles et laisse à sa suite une petite dépression cratériforme, à bords taillés à l'emporte-pièce ; il en résulte la formation d'une cicatrice que ses petites dimensions et la netteté de ses bords rendent également caractéristique ; comme dans l'observation de M. Barthélemy, ces éléments sont tantôt isolés, tantôt agminés ou conglomérés en groupes simulant des placards de tuberculose verruqueuse ; ce qui les différencie de ceux de la folliclis, c'est leur siège primitivement plus superficiel ;

cette éruption est également intéressante par son abondance et ses localisations.

Nous résumerons ainsi qu'il suit l'histoire du malade.

François D..., âgé de 33 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, pavillon Bazin, lit n° 52, le 21 décembre 1896.

Une de ses sœurs est morte de méningite.

Il a été sujet aux maux d'yeux pendant son enfance ; à partir de l'âge de 10 ans, il a eu, au cou, des *glandes* qui n'ont jamais complètement disparu depuis ; vers la même époque, il reçut un corps étranger dans l'œil gauche, amenant une opacité de la cornée qui a beaucoup compromis la vue de ce côté.

Au mois de janvier 1896, les ganglions du cou augmentèrent de volume, plusieurs s'ulcérèrent et depuis un certain nombre ont toujours continué à suppurer.

C'est, il y a deux mois, qu'apparut pour la première fois l'éruption pour laquelle le malade vient consulter aujourd'hui ; elle débute par la face antéro-interne des cuisses sous forme de petits éléments rouges, acuminés, avec suppuration centrale, ne déterminant aucune sensation spéciale au malade ; depuis quinze jours, l'éruption s'est répandue sur la plus grande partie du corps.

Le malade n'a jamais été sujet aux engelures, et l'on ne constate pas chez lui d'asphyxie locale ou de troubles circulatoires des extrémités.

État actuel. — Cet homme présente une adénopathie sous-maxillaire extrêmement prononcée. Du côté droit, on aperçoit deux cicatrices anciennes et l'on sent de nombreux ganglions dont deux très volumineux ; à gauche, les lésions sont encore plus accentuées : il existe, de ce côté, toute une zone, parallèle au maxillaire inférieur, où les tissus sont rouges, épaissis, infiltrés et parsemés d'orifices par lesquels s'écoule un pus granuleux, blanchâtre, provenant de ganglions suppurés : dans la région de la nuque existent également de nombreux ganglions, mais on ne constate pas d'adénopathies axillaires ni inguinales.

L'éruption que présente ce malade est généralisée sur tout le corps : cependant elle est beaucoup plus abondante sur les membres que sur le tronc. Elle est formée d'éléments qui débute sous forme d'une petite papule, légèrement saillante, acuminée, de la dimension d'une fine tête d'épingle, de couleur rouge pâle ou rosée et présentant bientôt à son sommet un petit soulèvement épidermique, une petite vésico-pustule à contenu jaunâtre. Se développant profondément dans le derme, ces éléments, à mesure qu'ils augmentent de volume, prennent une coloration plus foncée ; ils deviennent rouge vif, ou même violet, de teinte livide, surtout aux membres inférieurs ; ils forment alors une notable saillie au-dessus de la peau, rappelant un peu l'aspect de l'acné et peuvent atteindre la dimension d'un gros pois. A leur sommet, existe une pustule contenant une goutte de pus jaunâtre et dont la surface présente à sa partie centrale une petite dépression, une sorte d'ombilication. Autour de la papule rouge foncée, existe toute une zone assez large, érythémateuse. Lorsque la pustulette commence à se dessécher, si on vient à l'ouvrir, on met à nu une

dépression profonde, une sorte de petit cratère à bords taillés à pic, pénétrant d'environ deux millimètres dans le derme et donnant issue à un peu de sang. A mesure que se fait la dessiccation, une croûte mince, jaunâtre, se forme au niveau de la pustule, en même temps que se fait une légère desquamation sur toute la superficie de la papule. Après la dessiccation complète, les éléments conservent leur teinte rouge intense. Lorsque la croûte est tombée, on voit une cicatrice profonde, déprimée, à bords taillés à pic, comme à l'emporte-pièce, de forme arrondie ou ovale, pigmentée, brunâtre et entourée elle-même d'une zone de pigmentation. Ces cicatrices sont variables comme dimension suivant le développement qu'avait pris l'élément qui leur a donné naissance.

Cette éruption est formée en grande partie d'éléments isolés, disposés sans ordre ; cependant en certains endroits, notamment au niveau des poignets et des genoux, ils se réunissent de façon à former des groupes conglomérés, de un à deux centimètres de diamètre, à contours extrêmement irréguliers. Ces placards, surélevés au-dessus de la peau saine, présentent une teinte rouge foncée analogue à celle des éléments isolés ; ils sont légèrement indurés et offrent parfois l'aspect d'une tuberculose verruqueuse. Suivant l'âge de la lésion, la surface de ces plaques présente, soit un certain nombre de pustulettes, soit des croûtes, soit des cicatrices déprimées, taillées à pic ; reposant sur une tache pigmentée, certaines d'entre elles présentent des cicatrices dans leur partie centrale, tandis qu'à leur périphérie existe toute une zone d'éléments encore en pleine activité.

Cette éruption n'est ni prurigineuse, ni douloureuse ; ce n'est qu'à cause de sa localisation aux pieds que le malade a dû interrompre son travail.

Répartition des lésions. — Les lésions sont disposées d'une façon symétrique presque absolue.

Membre supérieur droit. — Sur le bras, les éléments, rares à la face interne, sont plus nombreux à la face externe, et deviennent beaucoup plus abondants au niveau du coude ; le pli du coude en est complètement dépourvu. Sur l'avant-bras, l'éruption est plus accentuée à la face externe qu'à la face interne. Sur le bord interne de l'avant-bras, au-dessus du poignet, se trouve un petit placard d'éléments agminés, formant une plaque allongée, irrégulièrement ovale, d'environ un centimètre et demi de long, surélevée, indurée, de couleur rouge foncée. Sur la face dorsale de la main, près de son bord cubital, on trouve un élément guéri et deux autres en pleine activité ; il en existe également deux sur l'index et l'on voit un certain nombre de cicatrices anciennes, blanches, dépigmentées sur les autres doigts. Rien à la face palmaire. Ces éléments de la main rappellent tout à fait les éléments de follicles de la même région.

Membre supérieur gauche. — Les lésions y sont identiques aux précédentes ; il existe sur le bord cubital de l'avant-bras un placard symétrique à celui du côté opposé.

En dehors des éléments semblables à ceux que nous avons décrits plus haut, on en voit sur ces membres un certain nombre d'autres qui

restent beaucoup plus petits, mais n'en laissent pas moins à leur suite de petites cicatrices déprimées punctiformes.

Membre inférieur droit. — Sur la cuisse, l'éruption est très abondante et on aperçoit une quantité considérable de cicatrices taillées à l'emporte-pièce, les unes pigmentées, les autres blanches, d'autres enfin dépigmentées, mais entourées encore d'une zone de pigment. Dans la région du genou, la plupart des éléments sont réunis pour former des plaques; c'est dans cette région que les éléments agminés sont le plus nombreux; ils forment des placards à contours extrêmement irréguliers, pouvant atteindre deux centimètres de dimension en moyenne; leur couleur est rouge foncé; un certain nombre d'entre eux sont guéris et ne présentent plus que des cicatrices déprimées reposant sur un fond livide. L'éruption a respecté le creux poplité. A la jambe elle est très peu abondante, surtout à sa partie moyenne; sur le pied, au contraire, elle est extrêmement prononcée. Au niveau de sa face dorsale, dans la région tarso-métatarsienne, les éléments très nombreux, quoique un peu irrégulièrement disposés, semblent cependant former des sortes de lignes concentriques allant du bord externe du pied vers l'interne; ils s'étendent également sur les deux malléoles et à la face postérieure du pied au niveau du tendon d'Achille. On trouve des éléments de tout âge et de toute dimension, les uns, au début, sont acuminés et présentent une pustulette centrale; les autres plus considérables atteignent le volume d'un pois et davantage; les uns sont isolés, les autres agminés; certains présentent encore leur pustule; sur d'autres, la croûte a été enlevée et laisse voir l'excavation centrale; enfin au milieu de tous ses éléments en pleine activité, se trouve une quantité de cicatrices pigmentées, déprimées, profondes, taillées à pic, variant comme dimensions d'une tête d'épingle à une lentille et même plus; les plus grandes présentent parfois un bord polycyclique résultant de la fusion de plusieurs nodules.

Aucun élément à la plante du pied.

Membre inférieur gauche. — La répartition et l'aspect des lésions y sont très analogues; sur la face dorsale du 2^e orteil on voit deux nodules et un sur la face dorsale du 4^e; il en existe aussi quelques-uns sur le bord interne du pied et un à la face plantaire.

Tronc. — Le thorax est à peu près indemne aussi bien en avant qu'en arrière et sur les côtés. Sur l'abdomen, les éléments, assez nombreux sont en général isolés; à l'entrée du malade, ils remontaient à peu près jusqu'au niveau d'une ligne passant par l'ombilic; depuis ils ont augmenté et s'étendent maintenant jusqu'aux fausses côtes. En arrière, l'éruption très abondante au niveau des fesses remonte jusqu'à la partie supérieure de la région lombaire; elle est surtout accentuée sur les côtés, il n'y a pas d'éléments sur la ligne médiane. Sur la verge, on voit également un certain nombre de cicatrices excavées, et, sur le gland, à côté de cicatrices anciennes, très profondément déformées, existent actuellement deux nodules supprimés.

Tête. — Rien à la face, au cou ni dans le cuir chevelu; aucune éruption dans la bouche.

Etat général. — Le malade paraît un peu affaibli, déprimé, mais l'examen

de ses différents organes n'a rien décélé de particulier. Il ne tousse pas et l'auscultation minutieuse de ses poumons n'a pas permis d'y trouver de signes de bacillose.

Le nom de *tuberculides*, donné par M. Darier aux éruptions de cette nature, nous paraît des mieux appropriés et nous n'hésitons pas à l'adopter; il remplace avec avantage l'ancienne dénomination de *scrofulides*; il établit les analogies pathogénétiques et cliniques qui rapprochent ces manifestations de celles de la syphilis.

La nature tuberculeuse de cette éruption ne nous paraît pas devoir être mise en doute; les caractères cliniques que nous avons reconnus aux éléments éruptifs, établissent leur parenté avec les boutons de folliculis, boutons dont l'origine tuberculeuse est établie aujourd'hui; d'autre part, il existe chez ce sujet une tuberculose ganglionnaire des plus prononcées.

Nous ferons remarquer à cet égard que les éruptions dites *folliculis*, se rencontrent surtout chez les sujets atteints de tuberculose ganglionnaire.

Nous avons vu que l'on pouvait se demander en examinant certains placards s'il ne s'agirait pas de petits foyers de tuberculose verruqueuse : la couleur, la forme, la profonde infiltration dermique, l'existence de nodules, leur consistance ferme pourraient donner lieu à cette confusion; mais un examen attentif permet de reconnaître que, chez notre malade, les placards sont constitués par l'agglomération d'éléments primitifs dont chacun est encore reconnaissable, soit à la présence dans sa partie centrale d'une gouttelette de pus, soit à un pertuis taillé à l'emporte-pièce, soit à petite cicatrice à bords abrupts et taillés à pic.

Un examen ultérieur nous permettra d'établir quel est le siège initial des lésions; nous pouvons, dès à présent, affirmer que conformément à nos recherches antérieures, les glandes sébacées n'en sont pas tout au moins le siège exclusif; nous en avons pour garant la présence de nodules à la plante des pieds.

M. BARTHÉLEMY. — Le cas que vient de vous montrer M. Hallopeau est très remarquable non seulement par ses caractères objectifs, mais encore par sa rareté. Or il est vraiment curieux que des cas, ordinairement si peu fréquents, se présentent à l'observation maintenant, presque à chaque séance; je m'en réjouis fort, pour ma part; mais que je trouve toujours difficile l'interprétation de ce dernier fait; à vraiment parler, il ne se range complètement dans aucune des deux classes que j'ai distinguées.

Nulle part, je ne trouve les nodosités sous-cutanées qui précédaient toujours les éléments éruptifs dans les cas d'acnitis. D'autre part, les éléments sont disséminés sans doute, sur une grande étendue du tronc et des membres inférieurs; mais ils n'occupent pour ainsi dire que la moitié

inférieure et sous-ombilicale du corps. Or dans les cas d'acné, l'éruption est généralisée et procède à la manière d'une dermatose due à une intoxication, c'est-à-dire par poussées successives, mais aiguës.

D'autre part, tout en n'étant pas généralisée, l'affection aujourd'hui présentée n'est pas circonscrite, localisée, groupée comme dans la folliculite. Les pustules ne sont ni aplaties, ni larges, ni ombiliquées comme dans cette dernière affection. Enfin et surtout, l'éruption ne date que de 18 mois, je crois, ce qui est la durée la plus longue de l'acné ; mais ce qui est trop court pour la folliculite dont la durée est essentiellement chronique, allant jusqu'à 10 ans, dans les faits que j'ai décrits.

De grandes différences existent donc entre ces divers cas ; ai-je eu raison de nettement distinguer ces deux types bien tranchés ? je le crois encore ; ou bien, faut-il de nouveau les confondre, et entre eux et avec les cas qu'on nous montre depuis quelque temps, sans que pourtant la ressemblance avec les types choisis soit complète ? voilà ce que les observations ultérieures viendront démontrer. Jusqu'à nouvelle démonstration, je crois qu'il ne faut pas identifier tous ces cas, mais s'efforcer de bien établir entre eux le *diagnostic différentiel*, surtout avec ceux qui sont les compagnons ou les conséquences des lésions tuberculeuses.

M. LEREDDE. — Cette éruption présente des éléments à l'état aigu, rouges, congestifs, d'autres sont éteints, violacés. La concomitance de ces lésions aiguës et anciennes est un élément de diagnostic avec la syphilis.

M. MOTY. — La généralisation des lésions semble indiquer qu'il y a pénétration de bacilles tuberculeux dans le sang et dissémination consécutive. Il y aurait intérêt, dans ces cas, à rechercher avec insistance le bacille de Koch dans le sang.

Nouveau fait pour servir à l'histoire des tuberculides

Par M. BROCC.

Je regrette de ne pas avoir fait venir à Saint-Louis, pour la présenter à la Société, une jeune fille qui est venue me consulter il y a huit jours à la polyclinique dermatologique de l'hôpital Pascal. Elle aurait été, ce me semble, fort intéressante à rapprocher du cas de M. le Dr Hallopeau et des cas sur lesquels mon excellent ami le Dr Darier a étayé sa communication si remarquable de la dernière séance.

Voici fort résumée l'observation de cette malade que nous nous proposons de publier plus tard *in extenso*, M. le Dr Veillon et moi.

C'est une jeune fille de 20 ans, jusqu'alors bien portante, sans antécé-

dents de tuberculose dans sa famille, ayant eu pendant son enfance beaucoup d'engelures aux mains, et en ayant encore aux pieds : on constate, chez elle, les lésions de début de l'angiokératome sous forme de points télangiectasiques aux oreilles, aux mains et aux pieds.

Elle a une kératose pileaire accentuée des membres et de l'asphyxie locale des extrémités. L'auscultation ne décèle rien d'anormal ni du côté du cœur, ni du côté des poumons, mais elle a d'assez nombreux ganglions cervicaux dont elle ne s'était d'ailleurs jamais aperçue, et elle a maigri depuis quelques mois.

Il y a six mois environ, sans aucune cause appréciable, elle a vu survenir brusquement sur le nez une éruption analogue à celle qu'elle présente en ce moment ; puis, après quelques semaines, la guérison se produisit sans la moindre intervention médicale.

Il y a environ six semaines, toujours sans cause appréciable, elle a vu survenir, mais avec une réelle intensité, une deuxième éruption qu'elle présentait dans toute sa violence il y a huit jours, lorsque nous l'avons vue pour la première fois. L'élément éruptif initial est un petit élément papulopustuleux, d'abord assez nettement inflammatoire, d'un rose assez vif, donnant au doigt une sensation d'infiltration ; puis assez rapidement la rougeur devient plus sombre, plus livide, elle tend à s'effacer ; il se forme au centre une croûte arrondie, de la grosseur d'une tête d'épingle, assez adhérente : quand on l'enlève on trouve au-dessous le derme d'un rouge vif, ou un peu sombre, et au centre, une toute petite dépression.

Ces éléments sont discrets, isolés, ou agminés, et dans ce cas ils forment par confluence des plaques irrégulières, arrondies, ovalaires, des traînées plus ou moins droites ou incurvées. Ces traînées et ces plaques que l'on observe aux mains et aux doigts, face dorsale et surtout face palmaire, ont une teinte d'un rouge un peu livide ou brunâtre ; leur surface est irrégulière, déchiquetée, un peu hyperkératosique et leur aspect rappelle dans son ensemble le lupus érythémateux.

Les localisations de ces lésions sont les suivantes : le cuir chevelu où elles se trouvent circonscrites en deux groupes, au niveau desquels la peau est d'un rouge assez vif, déchiquetée, déprimée, alopécique et offre absolument l'aspect de plaques d'un lupus érythémateux : je mets au défi quiconque ne verrait que ces lésions de faire un autre diagnostic : les oreilles où elles occupent la partie inférieure de la conque et le lobule : il y a en ces points beaucoup de télangiectasies ; le nez où elles ne forment qu'une plaque minuscule ; les pommettes où elles constituent deux groupes des plus remarquables de 3 à 4 centimètres au moins de diamètre et où les éléments initiaux sont les uns discrets, les autres confluent ; le coude gauche où l'on ne retrouve que quelques cicatricules assez superficielles consécutives à trois ou quatre éléments discrets qui ont déjà évolué ; les deux mains qui sont surtout prises, comme nous venons de le dire, au niveau des doigts, surtout vers leur face palmaire ; les jambes où l'on note de simples rougeurs érythémateuses, enfin les pieds dont la face dorsale, les faces latérales et plantaires sont criblées de points télangiectasiques.

M. le Dr Veillon a fait une biopsie pour l'examen histologique des

lésions et il a pratiqué des inoculations. Nous tiendrons, s'il y a lieu, la Société au courant des résultats obtenus.

En l'espace de huit jours, soit évolution spontanée de la maladie, soit influence de la médication qui a consisté en l'administration à l'intérieur du sirop phéniqué fort et de pilules à la quinine et à la digitale et en l'application d'une simple pommade protectrice, l'aspect de l'éruption a complètement changé : il ne s'est plus produit de pustulettes nouvelles, les éléments anciens se sont affaîssés, ont rétrogradé ; la malade en ce moment n'est plus reconnaissable.

En résumé, chez une malade jeune, ne semblant pas présenter de tare tuberculeuse nette ni personnelle, ni familiale, mais ayant des adénopathies cervicales assez accentuées et ayant maigri depuis quelques mois, nous voyons coïncider de la kératose pileaire, de l'asphyxie locale des extrémités, des engelures, de l'angio-kératome au début, des papulo-pustulettes à cicatricules consécutives discrètes ou agglomérées, symétriques, donnant lieu par places à des placards absolument analogues à des lésions de lupus érythémateux.

C'est donc au premier abord un argument nouveau que j'apporte à la théorie des tuberculides formulée avec tant de talent par M. le Dr Darier, car on ne peut s'empêcher de suspecter l'amaigrissement de la malade et les adénopathies cervicales.

Et cependant, malgré tous ces motifs d'admettre encore cette théorie pour ce fait, je ne puis m'empêcher de concevoir des doutes au point de vue clinique. Il me répugne un peu, je l'avoue, de considérer comme étant des manifestations de la tuberculose ces lésions qui vont et qui viennent, qui peuvent disparaître sans médication, ou qui tout au moins peuvent rétrograder avec cette rapidité. Je sais bien que cet argument n'en est plus un avec les notions que nous avons actuellement sur les effets possibles des toxines de la tuberculose, effets que nous avons été d'ailleurs des premiers à invoquer (dès 1890) pour essayer d'expliquer la pathogénie du lupus érythémateux. Nous reconnaissons que nous devons être extrêmement circonspects dans nos objections à la théorie des tuberculides, et nous proclamons bien haut que nous ne la déclarons pas erronée et que nous concevons fort bien qu'elle puisse être exacte. Mais nous ne pensons pas quelle soit démontrée. Elle ne repose en effet que sur la fréquence des coïncidences que l'on constate chez certains malades d'éruptions cutanées semblables à celles que vient de montrer M. le Dr Hallopeau, semblable à celle que nous venons de décrire, avec des accidents nettement tuberculeux. Cet argument est considérable : il n'est pas absolument probant.

Or, nous craignons que l'on ait confondu dans l'appréciation de ces faits deux choses fort différentes : 1° le terrain ; 2° la graine qui peut y germer. Sur un terrain bon pour l'évolution du bacille de la

tuberculose ou susceptible d'être infecté par ses toxines, d'autres germes morbides peuvent évoluer, d'autres lésions qui ne sont pas de nature directement tuberculeuse peuvent se produire. Je vais plus loin : il est possible que la tuberculose favorise l'évolution de certaines lésions cutanées qui ne sont pas nécessairement de nature tuberculeuse. Toutes ces questions sont moins simples qu'on ne semble le croire. Va-t-on faire de la kératose pileuse ou des engelures des tuberculides parce qu'elles s'observent souvent chez des individus tuberculeux ? Cela a déjà été fait. Il est possible qu'on ait eu raison. Mais le bon sens clinique proteste.

Je me résume en disant que je ne suis pas du tout opposé à la théorie ou si l'on veut à la conception nouvelle des tuberculides, mais qu'elle n'est encore qu'une hypothèse non démontrée scientifiquement ; et je me demande dès lors s'il est bon d'employer ce mot véritablement effrayant, si gros de conséquence dans la pratique médicale, alors qu'on n'est pas absolument sûr de la nature véritablement tuberculeuse de ces éruptions, qu'elles soient d'ailleurs causées par le bacille de Koch ou par ses toxines.

M. DARIER. — La théorie nouvelle qu'implique l'expression de tuberculide tend à former un groupe d'une série d'affections qu'il faut rapprocher.

Ces affections, dont les types ne sont pas encore bien délimités, se rencontrent chez des mêmes malades, chez des tuberculeux latents ou en évolution. Le mode de relation entre ces affections et la tuberculose des sujets n'est pas connu. Cependant cette relation même est difficile à contester et le mot de tuberculide sert à l'indiquer.

Jusqu'à de nouvelles expériences, on ne peut dire que ces lésions soient directement tuberculeuses, mais seulement qu'elles évoluent sur un terrain tuberculeux auquel elles sont étroitement reliées.

M. GASTOU. — Dans l'observation si intéressante de M. Brocq, il n'existait pas des troubles oculaires. Il n'en est pas de même dans une série d'observations analogues recueillies dans le service de mon maître le Pr Fournier.

Depuis quelque temps nous observons des malades qui présentent presque tous l'aspect suivant. Ce sont ou des enfants ou des adolescents qui viennent avec des lésions nodulaires limitées ou ulcéreuses réparties sur tout le tégument et principalement ou uniquement sur les jambes. Ces malades ont une apparence le plus souvent débile, leur teint est mat, gris, leur peau sèche. Ils ont tous des kératites ou des taies sur la cornée ; indices de kératites anciennes. Peu ont des adénites, on ne trouve chez eux aucun antécédent tuberculeux ou syphilitique ; ils n'ont eux-mêmes aucun signe de tuberculose ou de syphilis.

Si on les interroge, si on fait une enquête sur leur passé pathologique, on apprend qu'ils ont eu des infections multiples, plusieurs maladies infectieuses, dont ils ne se sont jamais complètement remis et desquelles datent les accidents oculaires.

Comme on ne peut faire de diagnostic net, on considère leurs lésions comme : de l'ecthyma, des gommès, de l'érythème induré, des ulcérations phlébitiques et si on ne peut incriminer la syphilis on penche vers la tuberculose.

Or on ne trouve chez eux ni syphilis héréditaire ou acquise, aucun signe ou antécédent tuberculeux et l'inoculation aux cobayes reste négative.

Doit-on, malgré cela, considérer ces lésions comme des tuberculides, et faire de ces malades des tuberculeux ? Quelle différence faut-il faire alors entre les scrofulides et les tuberculides, que devient la scrofule ?

Ne peut-on supposer qu'à côté de la syphilis et de la tuberculose, il y a place pour un troisième groupe qui serait la scrofule — qu'à côté des syphilides et des tuberculides il y a les scrofulides, et qu'enfin, si la syphilis et la tuberculose sont des maladies spécifiques, la scrofule n'est que le résultat d'une série d'infections successives agissant à longue portée sur l'organisme et préparant un terrain favorable au bacille de Koch, à la tuberculine, à la tuberculose en un mot.

M. BARTHÉLEMY. — Je ne veux pas raviver une ancienne discussion dont je maintiens néanmoins les conclusions : si j'ai proposé des dénominations nouvelles, telles que *folliclis* ou *acnitis*, c'est précisément pour tirer ces cas du chapitre absolument vague des folliculites, avec ou sans épithètes. *L'acnitis* m'a paru procéder à la manière des dermites qui relèvent soit d'une infection, soit d'une intoxication, puisque j'en cherchais la cause dans des eaux malsaines ou dans des auto-fermentations. En tout cas, les deux sujets sur lesquels j'ai observé les faits que je considère comme des acnitis typiques ne présentaient pas l'aspect lymphatique, mais l'aspect arthritique ; ils n'avaient ni adénopathie ni trace d'écrouelles ; ils ne pouvaient à aucun degré, ni de près ni de loin, ni avant ni après leur maladie, être considérés comme en puissance de tuberculose. Il n'y avait pas non plus à invoquer la cause médicamenteuse pour la production et la persistance de l'éruption.

Je suis moins affirmatif en ce qui concerne la *folliclis*. Autant que je m'en souviens, la malade de M. Besnier dont j'ai rapporté l'observation était forte et grosse et ne rappelait en rien le tempérament lymphatique, scrofuléux ou la tuberculose. Mais dans l'autre cas, celui qui datait de 10 ans, les lésions très pigmentées, très aplaties, très ombiliquées et creuses au centre évoluaient sur un sujet maigre, cachectique qui aurait fort bien pu être tuberculeux. En tout cas, il n'avait aucune tare antérieure de tuberculose vraie. Il est vrai que j'ai vu récemment, dans le service de M. Bouchard, une vieille femme de 77 ans porteuse d'un lupus tuberculeux et croûteux de la joue gauche datant de l'enfance et qui n'avait encore aucune autre lésion tuberculeuse. Il n'y a pourtant pas à douter de la nature tuberculeuse du lupus. En résumé, pour les cas qui ont été soumis à notre observation dans cette séance et dans la dernière me font croire qu'il y a lieu jusqu'à plus ample informé de maintenir un diagnostic différentiel entre la *folliclis* et l'*acnitis* et les éruptions qui relèvent directement de la tuberculose ou qui coïncident avec des lésions

tuberculeuses franches et multiples, comme dans le cas que M. Tenneson m'a fait l'honneur de me convier à voir dans son service il y a deux ans ; j'aurais pour ma part tendance à identifier ce dernier cas avec celui que M. Hallopeau nous montre aujourd'hui : les nodosités sont inégales et plus volumineuses que dans l'acnitis.

Je ne me prononce qu'avec réserve, parce que je vois les malades pour la première fois ici et que ces cas assez complexes devraient être, pour qu'on ait quelque chance de les juger avec justesse, étudiés de près dans leur production et suivis dans leur évolution. Les observations ultérieures ne tarderont vraisemblablement plus à démontrer si tous ces cas relèvent ou non de la tuberculose ; jusqu'à plus ample informé, je les en crois indépendants, notamment l'acnitis.

M. HALLOPEAU. — Je rappelle de nouveau que j'ai publié en 1895, avec M. Le Damany, une observation dans laquelle se trouvaient réunies plusieurs formes de tuberculoses, lupus érythémateux, folliculis, lichen scrofulosorum, lesquelles ont disparu pour la plupart au bout de peu de temps. La guérison rapide de ces lésions, comme dans le cas de M. Brocq, n'est pas contraire à l'idée de tuberculose. Il ne s'agit pas en effet, selon toute vraisemblance, de bacilles, mais de toxines émanées sans doute de foyers ganglionnaires.

M. BESNIER. — Il faut attendre, pour statuer sur ces questions, des études démonstratives de laboratoire. En l'état, ces lésions généralisées et symétriques ressemblent beaucoup à certaines toxidermies produites par les iodures ou les bromures, et si les toxines de la tuberculose peuvent reproduire ce même tableau, il faudra apprendre à différencier les toxidermies des toxinidermies.

Sur une pseudo-pelade en bande.

Par MM. HALLOPEAU et G. BUREAU.

M. L..., que nous avons l'honneur de vous présenter est atteint d'une forme d'alopecie des plus exceptionnelles ; son observation peut être résumée ainsi qu'il suit :

M. L..., se présente à l'hôpital Saint-Louis, pour une alopecie du cuir chevelu. Son affection a débuté le 20 mai 1896 ; il s'aperçut à ce moment qu'il existait sur la face postérieure de son cuir chevelu, toute une zone, une bande, où les cheveux étaient complètement tombés ; cette tache atteignait dès ce moment les dimensions qu'elle présente actuellement et n'a pas augmenté depuis ; en même temps s'était développée sur la région pariétale droite une autre petite plaque, arrondie, ayant un peu moins des dimensions d'une pièce de 20 centimes.

La petite plaque guérit au bout de trois mois, mais la grande a toujours persisté.

Cet homme ne présente aucun antécédent nerveux, ni héréditaire, ni personnel.

Actuellement, on constate à la partie postérieure du cuir chevelu toute une zone alopécique en forme de bande, mesurant un centimètre de largeur sur 8 de longueur, partant de la ligne médiane et se dirigeant en haut et en avant vers le bord droit de la tête. Au niveau de cette zone, la peau présente une teinte blanchâtre, le derme semble comme épaissi ; les plis de la peau sont plus marqués. Le contour de cette plaque n'est pas nettement arrêté, mais il y a des sortes d'encoches d'alopecie qui pénètrent au milieu des cheveux. Les cheveux qui bordent cette plaque paraissent sains et ne se laissent pas arracher ; l'on ne constate pas de cheveux renflés, en forme de massue comme dans la vraie pelade. L'exploration des divers modes de la sensibilité au niveau de cette bande alopecique semble montrer qu'elle n'a subi aucun trouble.

L'aspect de la partie dénudée rappelle au premier abord celui de la pelade : c'est la même chute complète des cheveux, sans altération nettement définie du cuir chevelu et, en fait, MM. Besnier et Doyon ont décrit une forme de pelade en bandes, mais les cas qu'ils ont observés paraissent différer notablement de celui-ci ; les bandes y occupaient surtout les bordures antérieures et latérales du cuir chevelu, les cheveux n'y étaient pas entièrement tombés, ils étaient clairsemés, en broussaille ; l'aspect était celui d'une vieille fourrure pelée ; rien de semblable chez notre malade.

L'évolution de cette alopecie nous paraît indiquer nettement qu'elle n'est pas de nature peladique ; en effet, un des principaux caractères de la pelade est sa progression excentrique, en rapport avec son origine parasitaire ; or on ne conçoit pas comment cette expansion de cause parasitaire pourrait se faire seulement en suivant une seule et même direction.

D'autre part, bien que les cheveux du voisinage présentent à l'examen histologique une partie un peu renflée et que leurs extrémités soient ébarbées, ils n'ont pas les caractères des cheveux peladiques. On n'en trouve pas qui soient renflés à leur extrémité brisée et s'arrachent facilement.

Nous nous refusons donc à admettre chez ce malade l'existence d'une véritable pelade.

L'hypothèse la plus vraisemblable nous paraît être celle d'une tropho-névrose.

On sait que les auteurs allemands rattachent à cette cause la plupart, si ce n'est la totalité, des alopecies en aires ; les nombreux cas que nous avons observés en France suffisent à démontrer l'inexactitude de cette manière de voir : nous sommes en droit de considérer

la pelade vraie comme une maladie parasitaire; mais, à côté d'elle, il existe des alopecies tropho-névrotiques; dans certains cas, l'évidence est absolue. L'un de nous a présenté antérieurement à la Société un sujet chez qui l'alopecie pseudo-peladique s'accompagnait de troubles de la sensibilité et de nombreuses plaques cutanées de vitiligo.

Dans le cas présent, les signes de tropho-névrose sont moins caractéristiques, mais il résulte cependant de l'ensemble des phénomènes observés que c'est dans cette direction qu'il faut chercher la cause de cette alopecie en bande.

Acné hypertrophique

Par M. CHAILLOUS

L'auteur présente un malade opéré il y a deux mois par M. Pauchet pour un rhinophyma avec dilatations vasculaires très accentuées. La tumeur a été circonscrite par une incision au bistouri allant jusqu'au cartilage. Le nez a été complètement décortiqué. Les résultats ont été excellents, la cicatrisation est complète. Il semble que la décortication au bistouri donne de meilleurs résultats que la décortication au thermo-cautère qui produit des cicatrices blanches et lisses, d'un effet disgracieux.

De la scrofule oculaire et de sa relation avec la syphilis héréditaire.

Par M. GALEZOWSKI.

Je suis appelé constamment à donner mes soins à des affections oculaires qui sont classées dans les *Traité des maladies des yeux*, comme des affections scrofuleuses. Et pourtant, si je cherche à découvrir quelque chose de caractéristique à la scrofule, je n'en trouve guère aucun signe spécial.

Je me demande donc, *qu'est-ce que c'est que la scrofule, et quelle est son étiologie?*

Les affections scrofuleuses oculaires vous sont connues, elles sont décrites par tous les auteurs, depuis Mackenzie, Desmarres, Arlt, Bowman, jusqu'à nos auteurs les plus modernes.

Je n'ai qu'à vous citer en passant quelques maladies qui sont rapportées par tous les auteurs à la scrofule.

a) Rétrécissement osseux du canal nasal.

b) Conjonctivite ou ophtalmie phlycténulaire ; la phlyctène elle-même de la cornée se trouve pour Mackensie, toujours sous la dépendance d'un état scrofuleux.

c) L'éruption impétigineuse ou l'eczéma du cuir chevelu, etc., est un état morbide des enfants lymphatiques et scrofuleux qui constitue ce qu'on appelle vulgairement la gourme.

d) La kératite interstitielle était rapportée par Arlt tantôt à la scrofule tantôt à la syphilis.

Il y a en effet un certain nombre de maladies oculaires qui sont rapportées en même temps à la scrofule et à la syphilis, telle que par exemple, la kératite interstitielle. D'autres au contraire se trouvent attribuées à la tuberculose et syphilis, ce sont notamment l'iritis scrofuleuse, la sclérite ou certaines variétés de choroïdite.

Pour ma part, j'ai rencontré nombre de fois des choroidites atrophiques et pigmentaires développées sur une certaine étendue du fond de l'œil, qui ressemblaient à s'y méprendre aux choroïdo-rétinites syphilitiques héréditaires chez les enfants scrofuleux, chez lesquels il y avait de l'eczéma de la face ou du cuir chevelu un eczéma du front, du nez, des lèvres, des paupières et des joues et chez lesquels on constatait des ganglions engorgés dans la région sous-maxillaire-mastoïdienne par auriculaire, sous-occipitaux. C'était disait-on des enfants scrofuleux. Je les avais soumis au traitement antisiphilitique car il y avait quelques antécédents héréditaires et j'ai eu la satisfaction de les guérir après l'insuccès de toutes les autres méthodes de traitement.

Des choroidites atrophiques et pigmentaires dont j'apporte ici les dessins sont arrêtées dans leur marche et la vue centrale rétablie par le seul traitement dirigé contre la cause soupçonnée syphilitique héréditaire.

Je possède aussi des observations de malades de 18, 20 et 25 ans qui ont eu des lésions scrofuleuses de la joue, des oreilles, des paupières et des lèvres avec des altérations des voies lacrymales ou des choroidites et qui n'ont été guéri que par le mercure après dix ou douze ans de traitement infructueux antiscrofuleux pas amélioré.

Après cette énumération des faits tirés de ma propre observation, je dois me demander qu'elle est l'étiologie réelle de ces affections que l'on appelle scrofuleuses ?

Dans le livre sur la *Phtisie pulmonaire* de Hérard, Cornil et Hanot de 1888, les auteurs se demandent si la phtisie doit être séparée de la scrofule, ou si la scrofule et la tuberculose constituent une seule et même maladie *Scrofulo-tuberculeuse* ?

Cette question est diversement interprétée par les auteurs eux-mêmes.

Que reste-t-il de la scrofule, dit Grancher? Rien. Pour Bouchard, la scrofule est un tempérament morbide et jamais on n'a trouvé chez eux des bacilles tuberculeux.

Il faudra conclure, d'après notre président, M. Besnier, que toutes les éruptions des scrofuleux qui sont si communes chez l'enfance, n'ont aucun caractère spécifique, quelles sont banales et indifférentes ou simples témoins d'un tempérament morbide et lymphatique.

Lancereaux dit : J'ai eu moi-même l'occasion d'observer des cas nombreux semblables, décrits sous le nom d'affections scrofuleuses, d'anguis de la peau, etc., et où j'ai pu reconnaître une manifestation tardive de la syphilis héréditaire. Notre éminent maître M. Fournier dit aussi que dans un grand nombre de cas de ce genre la syphilis héréditaire y est pour beaucoup. Dans son livre *sur l'Hérédité syphilitique* nous lisons cette phrase à la page 23 : « On a remarqué de vieille date la fréquence des affections scrofulo-tuberculeuses chez des enfants issus de souche syphilitique. Il est incontestable que les hérédités syphilitiques payent un large tribut aux diverses manifestations de la scrofulo-tuberculose. »

C'est en présence de ces différentes assertions de nos éminents maîtres, cités plus haut, dont les uns admettent dans la scrofule la *phtisie scrofuleuse* et d'autres ne retrouvent là qu'une simple prédisposition morbide ou syphilis héréditaire que je me permets de formuler des propositions suivantes, en ce qui concerne les yeux.

1° Que la *scrofulose oculaire* est une manifestation héréditaire soit de la syphilis, soit de la tuberculose.

2° Que généralement ces deux causes se trouvent réunies chez les enfants atteints des ophtalmies dites scrofuleuses.

3° Que dans la plus grande majorité des cas, la syphilis héréditaire domine la tuberculose.

4° Que le traitement antisiphilitique dans toutes les affections dites scrofuleuses de l'œil et plus particulièrement les frictions mercurielles appliquées méthodiquement amènent l'amélioration et la guérison.

5° Que la conjonctivite ou kératite phlycténulaire ne sont nullement une affection constitutionnelle, mais une simple affection herpétique fébrile ou autre.

M. FOURNIER. — Le travail de M. Galezowski est des plus instructifs. Il indique en somme, dans la pathologie de l'œil, les mêmes difficultés que nous rencontrons dans l'étude de la peau, en ce qui concerne des lésions ayant certains rapports avec la tuberculose sans pouvoir être nettement déclarées de nature tuberculeuse exactement comme pour les tuberculides cutanées. Il semble qu'on confonde deux choses, les lésions infectieuses

vraies qui méritent le nom de tuberculides et les lésions de terrain qui sont des affections paratuberculeuses à l'instar des lésions parasymphilitiques.

Psoriasis palmaire atypique kératosique.

Par MM. GAUCHER et HERMARY.

J'ai l'honneur de vous présenter un moulage de psoriasis palmaire qui, au premier abord, n'a pas l'aspect habituel du psoriasis, même atypique. Sur certains points, comme vous pouvez le voir, la lésion ressemble à la kératodermie palmaire; sur d'autres, elle est constituée par de larges papules cuivrées, semblables à celles de la syphilis. Cependant cet homme est uniquement un psoriasique; il présente une plaque typique de psoriasis au coude gauche. Il a été, à plusieurs reprises, atteint de psoriasis sur le reste du corps. Peut-être l'aspect kératosique de ce psoriasis palmaire tient-il à la profession du malade, qui est forgeron. Cependant une kératose semblable existe, quoique moins marquée, à la plante des pieds.

Quoi qu'il en soit, voici l'observation détaillée de ce cas, recueillie par M. HERMARY, interne du service :

M..., âgé de 46 ans, forgeron, entré le 24 octobre 1896 à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Louis, n° 13.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 54 ans d'apoplexie.

Mère morte à 77 ans, d'apoplexie.

Son frère aîné a été soigné dans le service de M. Besnier pour de l'eczéma.

Il est mort à 46 ans d'apoplexie (?)

Antécédents personnels. — Étant enfant il a eu longtemps la gourme, et plusieurs fois des abcès derrière les oreilles. Tout cela a disparu vers l'âge de 9 ans. — Il commence à 13 ans le métier de forgeron. Habitudes alcooliques, pituites le matin, cauchemars quelquefois. N'a jamais eu de chancre. Il a été courtier en vins.

A 22 ans, accès de goutte au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil gauche, durée trois semaines. On lui a donné la solution du Dr Laville. Jusqu'à 25 ans il a eu six poussées nouvelles, les unes faibles, d'autres d'une durée de huit jours.

Il est sujet à des douleurs dans les grandes articulations, mais n'a jamais eu de rhumatisme articulaire.

Vers l'âge de 30 ans, brusquement perte de connaissance. On lui a appliqué 60 sangsues au creux épigastrique. Pas de paralysie consécutive.

Début du psoriasis à 30 ans, par de l'épaississement l'épiderme de la face palmaire des doigts, au pourtour des ongles. Au bout d'un mois, six semaines, cette évolution était achevée. L'épiderme épaissi se détachait,

la peau sous-jacente était souple. Il n'y avait pas de douleurs. Les lésions étaient bilatérales.

Chaque année le malade a une ou deux poussées. Il lui est arrivé d'en avoir quatre une même année.

Depuis qu'il a du psoriasis palmaire ; il travaille moins de son métier de forgeron, sans cependant le quitter complètement.

A 34 ans seconde perte de connaissance brusque ; le malade s'est débattu. En tombant il s'est fait une fracture ouverte de la jambe droite.

En 1886, à l'âge de 36 ans, il est venu se faire soigner dans le service de M. Besnier pour son psoriasis. A ce moment-là il avait du psoriasis palmaire simplement. Il n'y avait rien eu encore sur le reste du tégument, ni aux pieds. Traitement : Iodure de potassium, enveloppement caoutchouté, glycérolé d'amidon.

Il sort de l'hôpital au bout d'un mois. Il était guéri, l'épiderme de la face palmaire des mains avait repris sa souplesse normale.

En 1888, il a du vertige sans perte de connaissance. Il s'est couché aussitôt, et ces phénomènes se sont arrêtés.

Il vient se faire soigner en 1888 dans le service de M. Fournier. Outre la poussée double de psoriasis palmaire, il avait aussi une poussée double de psoriasis plantaire, et des éléments psoriasiques aux coudes et aux genoux.

Traitement : bains d'amidon, bains alcalins, iodure de potassium (il a eu de l'acné et on a cessé l'iodure), on l'a remplacé par 4 gr. de bicarbonate de soude ; vaseline boriquée ou glycérolé d'amidon.

En 1890 à la suite d'une chute il se fait une fracture double du bras gauche.

Il est venu se faire soigner plusieurs fois pour de nouvelles poussées de psoriasis, dans le service. L'épaississement de l'épiderme des mains lui donnait de l'immobilité des doigts. Les mouvements d'ouverture ou de fermeture de la main étaient douloureux, et auraient fait craquer l'épiderme kératosé. Des douches locales de vapeur amélioraient rapidement cet état. — Les ongles des mains et des pieds sont tombés plusieurs fois.

Depuis trois ans les poussées de psoriasis s'accompagnent de rougeur avec desquamation épidermique au niveau de la verge, du scrotum, des plis inguino-scrotaux. Il y a aussi de l'intertrigo de l'aisselle gauche.

État actuel. — Placard de psoriasis nummulaire typique au niveau de l'olécrâne du côté gauche. Croûte blanche, sèche, épaisse, plus grande qu'une pièce de 5 francs, se fendillant au niveau des plis de la peau, se détachant en lamelles. Sur les bords, desquamation en fines lamelles. La peau sous-jacente est rouge, légèrement saillante. Collerette rouge à la périphérie de la squame. Par le grattage on fait saigner les papules excoriées.

Sur la face antérieure du thorax il y a un élément de psoriasis guttata. Quelques éléments de même nature à la partie inférieure de la face antérieure de l'avant-bras gauche.

Les deux mains sont entr'ouvertes, le malade n'a que des mouvements très limités. Il ne peut fermer la main à cause de l'épaississement de la peau en bourrelet au-devant de la tête des métacarpiens. Il ne peut ouvrir la main, car l'extension produirait des fissures épidermiques.

Dans la paume de la main, et sur les éminences thénar et hypothénar, les éléments rappellent à s'y méprendre ceux de la syphilide palmaire papuleuse.

On observe un grand nombre de papules, peu saillantes, arrondies, de la dimension d'une lentille, d'une couleur grisâtre, entourées d'une zone irrégulière où la peau est plus rouge que dans les parties saines. Cette couleur rouge est très pâle. Entre ces éléments sont plusieurs places où les lignes inter-papillaires de l'épiderme sont comme blanchies à la craie. Au toucher, ces éléments ont une consistance spéciale. Les papules sont dures, cornées, tandis qu'autour de chacune d'elles la peau est souple.

A la racine de l'éminence thénar du côté gauche, est une petite surface arrondie, de un centimètre de diamètre, dont l'aspect rappelle ce que l'on voit après l'enlèvement par grattage de la partie énucléable d'un cor. Il y épaississement et dureté de l'épiderme à la périphérie de l'élément. Ses bords blancs, durs, circonscrivent un centre en cupule, légèrement rentrant, à fond blanc, dur, d'épiderme épaissi.

A la main droite ces éléments papuleux de kératinisation sont plus saillants, plus développés et tendent à devenir confluent. Les intervalles de peau saine sont moins nombreux. Presque toute la peau de l'éminence thénar est grise, dure, kératinisée, avec papules légèrement saillantes sur cette sorte de carapace épidermique. On voit aussi quatre éléments plus avancés, où comme sur celui de la main gauche, les petites lamelles épidermiques, en se détachant, tendent à constituer des lésions en cupule.

Les bords du pli moyen des deux mains sont plus épaissis que le reste du tégument palmaire. Fissure dans la moitié interne de ce pli.

Au niveau des plis correspondant aux articulations métacarpo-phalangiennes des doigts, kératinisation plus marquée encore. Sur les bords de ces plis l'épiderme épaissi se soulève, se décolle du derme. Aux endroits où il est tombé, on voit la peau sous-jacente rouge; elle est encore roide, dépourvue de souplesse, donnant au toucher la sensation du parchemin. Fissure dans tous les plis. Au fond de la fissure, squames blanchâtres fines.

A la face palmaire des doigts, et autour des ongles, l'épiderme est presque tout entier tombé. A ces places, la peau est plus rouge que la peau saine, en même temps que parcheminée; sur ce fond rouge tranchent de nombreuses squames de desquamation secondaire, plus minces que celles qu'on trouve à la périphérie sur les points où le premier épiderme est tombé.

La face palmaire du pouce gauche, presque tout entière, ainsi que le pourtour de l'ongle a perdu son épiderme, et offre la consistance parcheminée et l'aspect rouge, avec lamelles minces et blanches de nouvelle desquamation, ci-dessus décrite.

Sur la face palmaire du pouce gauche, on trouve, encore adhérent par son centre, un grand lambeau d'épiderme, occupant la moitié voisine des deux phalanges, et dont les bords, détachés complètement, sont presque cornés.

La desquamation est moins avancée sur les index, où elle présente à peu près le même aspect qu'aux éminences thénar.

La pulpe des dernières phalanges offre simplement de l'épaississement, défaut de souplesse, quelques papules cornées, une desquamation limitée.

Les ongles ne présentent ni stries ni ponctuations. Leur nutrition est néanmoins altérée. Leur aspect est terne ; plusieurs d'entre eux ont sur une grande étendue une coloration blanchâtre ; ils se déchaussent du côté de la lunule, et même l'ongle du pouce droit se soulève complètement, et ne tient plus que par une petite surface de sa racine.

A tous les doigts, il y a des lésions péri-unguéales s'étendant à une moitié et quelquefois à toute la surface dorsale des dernières phalanges. Ces lésions consistent en desquamation par minces écailles, consécutives à l'épaississement de la peau du pourtour de l'ongle. Après la desquamation, la peau sous-jacente reste rouge et porte de petites squames.

Ce sont les seules lésions qu'on trouve à la face dorsale des mains, sauf toutefois à l'annulaire gauche, sur le côté interne de la tête de la première phalange, où on trouve un élément papulo-squameux à liseré rouge, plus grand qu'une lentille, et à la main droite un élément analogue au niveau de l'extrémité postérieure de la première phalange de l'annulaire. Sur le point saillant de l'articulation des premières phalanges avec les deux dernières phalanges fléchies, à la main gauche, il y a de l'épaississement épidermique avec tendance à la kératinisation.

Il n'y a pas de lésions articulaires ni aux doigts, ni aux grandes articulations.

Aux pieds il y a des lésions de moindre importance : épaississement épidermique, et altérations des ongles qui tombent par écailles.

La muqueuse du gland offre des taches rouges desquamatives. Rougeur du scrotum. Intertrigo. Le malade est en même temps séborrhéique, et a sur la face antérieure du thorax quelques boutons d'acné.

Troubles oculaires d'origine hérédo-syphilitique.

Par MM. le P^r FOURNIER et le D^r SAUVINEAU

Quand on se trouve en présence d'une de ces affections oculaires congénitales, dont la fréquence est si grande et la pathogénie encore si obscure, on les attribue volontiers aux causes habituelles de dégénérescences, en particulier à la syphilis héréditaire.

S'il est des cas où cette relation de cause à effet est difficile à admettre ; il en est autrement de ceux dans lesquels on peut constater la coexistence de signes indéniables d'hérédo-syphilis. Tel est Mes-sieurs, le cas de la jeune malade que nous présentons à la Société.

Cette jeune fille, Joséphine L..., âgée de 18 ans, est atteinte de lésions oculaires congénitales des plus intéressantes. Au point de vue général, on ne constate chez elle aucun antécédent de syphilis acquise ; mais, en

revanche, elle présente les signes d'une hérédo-syphilis nettement caractérisée par des stigmates personnels et des antécédents familiaux.

Une de ses sœurs est épileptique ; une autre mort-née ; elle-même présente des lésions dentaires caractéristiques : sillons blancs transverses, vulnérabilité dentaire, des cicatrices cutanées. Elle présentait de plus, à son entrée dans le service, des exostoses du tibia droit, et plusieurs gommès ulcérées à la jambe gauche. La preuve évidente de l'existence de l'hérédo-syphilis a été fournie par la guérison rapide (en un mois) des gommès ulcérées de la jambe gauche, et la diminution des exostoses du tibia droit, sous l'influence d'un traitement spécifique énergique.

Les lésions oculaires que présente cette malade sont congénitales. Elles sont de deux ordres et intéressent, d'une part, la musculature extrinsèque de l'œil, d'autre part, le fond de l'œil.

Au point de vue de la musculature extérieure, cette jeune fille présente un strabisme interne assez marqué de l'œil gauche. Quand on sollicite le regard à gauche, on constate que le bord de la cornée gauche reste à plusieurs millimètres de la commissure palpébrale externe, et encore l'œil n'arrive-t-il à ce point qu'en exécutant, à l'appel de la volonté, une série de ces petites secousses, auxquelles on a donné le nom de nystagmus paralytique. D'autre part, la ténotomie du droit interne gauche qui a été pratiquée, il y a deux ans, dans une clinique de la ville, n'a amené aucun redressement de l'œil strabique. Ce qui n'est pas pour nous surprendre, puisque nous venons de relever les caractères d'un strabisme paralytique. Il s'agit, en effet, d'une paralysie de la 6^e paire gauche.

De ce côté gauche, la pupille légèrement dilatée est absolument insensible à l'action de la lumière (si l'on élimine, bien entendu, l'action synergique de l'autre œil). Il ne s'agit pas d'une paralysie pupillaire ; cette immobilité de la pupille tient à la perte de la vision de cet œil, qui est absolue.

Si l'on examine le fond de l'œil à l'ophtalmoscope, on constate de nombreuses et importantes lésions de chorio-rétinite et du nerf optique, ainsi que le montre clairement la planche ci-jointe, due à l'habileté de M. le Dr Valois.

La papille optique est atrophiée. Il s'agit d'atrophie simple, blanche, avec diminution du calibre des vaisseaux. Cette atrophie est manifestement secondaire aux lésions des membranes.

Immédiatement au pourtour du nerf optique, on remarque un large anneau d'atrophie choroïdienne, pigmenté çà et là par places, et surtout sur ses bords. Cet anneau présente tout à fait l'aspect d'un énorme staphylome postérieur myopique. Dans une des observations que M. Galezowski vous a communiquées l'année dernière, il avait également relevé cette particularité sur un malade non myope, présentant, au contraire, un astigmatisme hypermétropique composé. La malade que nous vous présentons n'est pas myope non plus, elle est emmétrope, indemne de tout vice de réfraction.

Un peu plus loin du nerf optique, on remarque de nombreuses taches atrophiques et pigmentaires, de dimensions variables. Les plus larges

sont réunies en deux amas principaux situés l'un en haut et en dedans, l'autre en dedans et en bas du nerf optique.

Enfin, si on examine la macula, puis les régions externes de la rétine, on constate qu'elles sont occupées par des taches d'un aspect tout à fait différent. Il s'agit, en effet, non plus de taches d'atrophie choroïdienne, accompagnées d'une petite quantité de pigment, mais bien, à l'exclusion de toute tache atrophique, d'amas pigmentaires présentant des prolongements qui s'anastomosent les uns avec les autres, de façon à tapisser d'un quadrillé noir la rétine, laquelle ne paraît présenter aucune autre lésion. Cette *rétinite pigmentaire* commence à la macula, c'est-à-dire, au pôle postérieur de l'œil, et se porte en dehors jusque vers l'équateur. En haut et en bas, jusqu'à la moitié de l'œil, elle s'étend également jusqu'à l'équateur, mais reste plus éloignée, quant à sa limite centrale, du pôle postérieur. Les vaisseaux rétinien sont atrophies et sclérosés. Ils n'affectent pas de rapports spéciaux avec les taches pigmentaires.

Le corps vitré est absolument sain. Il est d'une transparence parfaite, et ne présente aucune espèce de flocons.

Disons, pour n'y plus revenir, que ces lésions n'existent qu'à l'œil gauche. L'œil droit, examiné avec soin, ne présente pas la moindre tache de pigment, pas même dans l'ora serrata.

Il résulte de ce qui précède que cet œil gauche présente à l'ophtalmoscope des lésions de deux ordres.

1° Dans les premières, (taches atrophiques bordées de pigments) il s'agit d'une véritable atrophie de la choroïde, avec atrophie secondaire de l'épithélium pigmentaire rétinien, qui est sous la dépendance nutritive de la choroïde. C'est donc une véritable chorio-rétinite, analogue à ce que l'on rencontre dans la syphilis acquise. Des observations de cet ordre ont déjà été publiées, l'an dernier, par M. Hirschberg (1) et par M. Galezowski, qui vous en a communiqué quelques cas. L'un de nous en a présenté un cas, en juin dernier, à la Société d'Ophtalmologie de Paris, observé également à la Clinique de l'hôpital Saint-Louis.

2° De plus, nous trouvons ici des lésions de rétinite proprement dite, constituées par un simple déplacement épithélial avec sclérose artérielle. Le pigment, il est vrai, ne présente pas absolument la forme en ostéoplastes caractéristique de la rétinite pigmentaire congénitale habituelle ; il n'est pas réparti régulièrement à la périphérie de la rétine. Il se présente sous forme de stries et d'amas plus volumineux, il est irrégulièrement réparti. Néanmoins, il est impossible de ne pas être frappé de la ressemblance que présente cette rétinite pigmentaire, avec la rétinite congénitale. Cette observation vient donc à l'appui de l'opinion émise récemment par M. Galezowski, à

(1) *Deutsche medicinische Wochenschrift*, juin 1895.

savoir, que la rétinite pigmentaire congénitale qu'on attribue, en désespoir de cause et faute d'en connaître le facteur étiologique, à la consanguinité des parents, pourrait bien être liée à la syphilis héréditaire.

Cette coexistence sur un seul œil de ces deux ordres de lésions (chorio-rétinite atrophique et rétinite pigmentaire), l'intégrité absolue de l'autre œil, la coexistence d'une paralysie motrice nous ont paru présenter un réel intérêt, étant donné que ces lésions congénitales ne peuvent guère être attribuées, nous l'avons vu, à autre chose qu'à la syphilis héréditaire.

M. GALEZOWSKI. — A propos de la communication de M. Sauvineau sur la choroïdite hérédo-syphilitique, je me permets de dire quelques mots, d'abord pour confirmer ses assertions, que des lésions atrophiques choroïdiennes telles qu'il l'a reproduit sur ses planches, portent tous les signes de l'affection syphilitique héréditaire. Ce qui pour moi a paru toujours le plus typique, ce sont des pigmentations disséminées, filiformes, s'entrecroisant et ressemblant sous tous les rapports à la rétinite pigmentaire congénitale. De plus, les lésions sont surtout localisées vers l'ora serrata, et les atrophies artérielles rétinienues amenant une atrophie papillaire limitée, sont autant de signes de la syphilis héréditaire.

Sur une gomme primitive et isolée d'une amygdale.

Par MM. CH. AUDRY et IVERSENE (de Toulouse).

Les gommes de l'amygdale sont rares. On en parle dans les classiques, mais on n'en trouve guère d'observation précise. Ainsi Rivaudray (Th. de Paris, 1884), en donne quelques-unes où les lésions amygdaliennes sont associées à des accidents du voile ou du pharynx. Il ne connaît pas de gomme isolée. Il y a un an, Batut a publié une observation d'une malade de la clinique où la gomme amygdalienne était associée à des lésions du voile du palais et à une sternomyosite syphilitique (*Arch. médicales de Toulouse*, 1885).

Voici une observation où la gomme est restée exactement limitée à l'amygdale droite. Elle se rapproche aussi de celles qu'a fait connaître Jules Rénoy (*Arch. de rhinologie et de laryng.*, 1889). Nous pouvons y joindre l'examen histologique à la lésion.

Julie F..., Agée de 34 ans, ménagère, entre à la clinique le 25 novembre. Elle n'offre pas d'antécédents héréditaires.

Rougeole à 7 ans. La malade dit s'enrhumer facilement. Il y a cinq ans

elle fut soignée pour une affection laryngée qui dut être supposée comme de nature tuberculeuse. Elle a été traitée récemment pour une métrite hémorrhagique; elle a trois enfants vivants et bien portants et n'a jamais avorté. Aucun renseignement, aucune trace ne permet de relever la syphilis. Le dernier enfant est né en janvier 1890.

C'est l'année suivante que le malade a présenté les accidents laryngés que nous avons signalés.

La maladie actuelle aurait débuté deux mois avant l'entrée de la malade à la clinique, par des phénomènes d'embarras gastrique avec fièvre et vomissements. Quelques jours plus tard une douleur apparaît et reste localisée à l'amygdale droite. Phonation difficile, déglutition bientôt presque impossible en raison de la douleur. Sensation violente de brûlure et de striction lors du passage des aliments.

La malade est très pâle, très anémiée et très faible.

Les globules rouges sont au nombre de 3,160,000.

L'examen des viscères et en particulier des poumons ne révèle aucune anomalie. Urines normales.

Des deux côtés du cou, dans la région sous-maxillaire gauche, nombreux ganglions. Une cicatrice un peu adhérente en avant du bord antérieur du sterno-mastotdien droit indique une suppuration peut-être ganglionnaire (??) qui a eu lieu il y a trois ans.

A l'examen de la gorge, l'amygdale droite apparaît saillante, globuleuse, grosse comme une noix; elle arrive au contact de la luette pointant en arrière du pilier antérieur qui ne lui adhère pas. L'amygdale est d'un rouge vineux; elle est comme fendue transversalement par une perte de substance à fond rose dont les bords ne sont pas décollés. Rougeur vive dans la région voisine. Le segment gauche de l'isthme du gosier est normal. Examen laryngoscopique négatif.

On élimine dans le diagnostic le chancre syphilitique en raison de l'apparence globuleuse, de la forme de l'ulcération, de l'absence d'induration, car la tuméfaction est molle. De plus, depuis trois mois, la malade ne présente pas le plus petit accident qui permette d'affirmer la syphilis secondaire. La langue très saburrale est recouverte en arrière de grosses papilles saillantes et lisses qui ont un faux aspect de plaques muqueuses, mais n'en sont pas. Il n'y a pas de signes suffisants pour songer à une leucémie amygdalienne. On s'arrête momentanément à l'hypothèse de tuberculose. Le 27 novembre, afin de pouvoir examiner la lésion, excision d'une bonne partie de la zone saillante et cautérisation au thermocautère du moignon. Amélioration temporaire, puis l'état demeura stationnaire. L'examen microscopique qu'on lira plus loin, restreignit ces hypothèses à la tuberculose ou à la syphilis tertiaire.

Traitement mixte (frictions mercurielles. Iodure de potassium, 8 gr. par jour). Au même moment, trois jours après le début de ce traitement, constatation à 2 centim. en avant du V lingual, d'une surface lisse, décapillée, sur la ligne médiane de la langue. Il n'y a pas de doute sur la signification de cette lésion qui disparut bientôt.

Amélioration rapide et définitive de l'amygdale. La douleur disparaît,

l'ulcération diminue et se cicatrise avec rapidité. Au bout de neuf jours tout est transformé. Relèvement notable de l'état général. Localement, il ne reste plus qu'une petite érosion jaunâtre superficielle ; la tuméfaction a complètement disparu.

Examen histologique. — Quatre fragments avaient été excisés. Tous ont été fixés par l'alcool, inclus dans la paraffine, coupés et colorés par le bleu polychrome, la fuchsine acide, l'hémateine, etc. L'épiderme est intact, dans la plupart des points. Au niveau des invaginations qui correspondent aux cryptes, l'épiderme est parfois énergiquement attaqué par les leucocytes ; cette attaque semble venir du dehors comme si un exsudat s'était formé à la surface, s'était organisé et avait servi de conducteur aux leucocytes.

Au-dessous de la muqueuse, on trouve une infiltration très dense de petits lymphocytes tantôt tassés irrégulièrement, tantôt allongés en minces traînées suivant les fines cloisons du tissu réticulé ; enfin, en quelques points, les lymphocytes s'agminant en masses arrondies, à bord assez nets, qui ont un faux air de tubercule mais ne présentent aucun signe de dégénérescence et ne représentent rien autre chose que des follicules clos tels qu'on les trouve à la coupe de toutes les amygdales enflammées.

Les caractères de l'infiltrat embryonnaire se modifient à mesure qu'on avance dans la profondeur. A côté des nappes et des traînées de lymphocytes, on rencontre des cellules plasmatiques nombreuses facilement reconnaissables à leur volume, à leur noyau. Il est manifeste que ces éléments sont plus nombreux dans la zone où abondent les capillaires et les artérioles. Celles-ci présentent souvent des altérations inflammatoires, prolifération, oblitération, etc.

Enfin, on voit, au milieu des infiltrats, de petits espaces foncés, occupés par des amas de cellules plus grandes, de formes irrégulières, à bords mal limités, munies d'un seul noyau pauvre en chromatine, mal coloré et beaucoup plus petit que la cellule.

En deux points, nous avons trouvé une cellule géante parfaitement caractérisée.

On voit que les résultats de cet examen ne sont pas absolument négatifs ; ils nous obligeraient à hésiter entre une tuberculose possible et la syphilis tertiaire. La tuberculose avait en sa faveur la présence de deux cellules géantes, mais cela est incomplètement suffisant. Six coupes colorées par le Ziehl ne révélèrent aucun bacille. Dans tous les cas, on pouvait exclure la sclérose initiale, et si c'était de la syphilis, seule la syphilis tertiaire pourrait engendrer de pareils désordres. L'efficacité extraordinaire du traitement mixte a montré qu'il en était bien ainsi.

**Épithélioma observé sur un lupus de la muqueuse
bucco-pharyngée.**

Par MM. CH. AUDRY et IVERSEN (de Toulouse).

Le lupus de la muqueuse bucco-pharyngée n'est pas rare, et d'autre part, l'épithélioma complice le lupus de la peau plus souvent qu'on ne le pensait autrefois. Mais le lupus des muqueuses compliqué d'épithélioma paraît être très exceptionnel.

En voici une observation où le diagnostic a été difficile et n'a pu être déterminé que par l'examen histologique.

Pierre S..., âgé de 49 ans, fils d'un père phthisique, et sans antécédents personnels, ne fait remonter qu'à trois mois les accidents qui ont marqués pour lui le début de la maladie qui l'amène à la clinique. Ces accidents furent caractérisés par une douleur à la déglutition, qui a été sans cesse en s'accroissant.

A son entrée à la clinique, c'est un homme tout à fait amaigri, très pâle, assez faible et qui ne s'alimente que très mal à cause de la difficulté à avaler. Il ne tousse pas et l'auscultation ne révèle aucun phénomène anormal. A l'examen de la bouche, on voit que tout le voile du palais est recouvert par une ulcération rougeâtre mamelonnée, couverte d'exsudats à bords nets, séparés de la peau saine par un sillon peu profond. Cette ulcération s'avance sur la ligne médiane jusqu'au palais osseux; latéralement elle s'étend sur les joues, occupe la muqueuse gingivale rétro-malaire et s'étale un peu sur les parties adjacentes de la joue à droite, elle s'étend en arrière passe sur l'amygdale et sur les parties latérales du pharynx. En bas elle couvre complètement le segment postérieur de la langue qui est couverte de bourgeons jaunes et rouges, brillants, irréguliers : c'est surtout dans les fossettes épiglottiques que la lésion est déve-
loppée.

L'examen laryngoscopique fait par M. le Dr Escar, montre que l'épiglotte est envahie par continuité, infiltrée, épaissie de couleur rosée. Le vestibule du larynx et la glotte ne présentent que de simples lésions catarrhales.

Sur le voile, là où la surface est comme greue, papillaire, presque végétante, les bords sont limités par un sillon net, assez profond sans décollement. Sur les joues l'érosion est plus superficielle, presque à niveau avec les muqueuses voisines dont elle est séparée par un bord épidermique blanchâtre. Ici, comme au niveau de l'amygdale et de la paroi pharyngée, la lésion est colorée en rose vif, semée de petites saillies blanchâtres, probablement de petits exsudats ou des débris d'épiderme. Tout est douloureux au toucher.

Adénopathies sous-maxillaires multiples qui ont été beaucoup plus marquées et sembleraient rétrocéder momentanément.

Diagnostic hésitant entre l'épithélioma et la tuberculose.

Excision d'un fragment dans le segment gauche du voile du palais dans une région où le bourgeonnement, l'aspect épithélioïde ont une apparence tout à fait singulière.

Alcool. Paraffine. Coloration par le bleu polychrome. Les coupes ont été faites par M. Sarda, externe du service.

Les parties profondes du fragment ainsi enlevé présentent les lésions habituelles du lupus le mieux caractérisé. Les nodules sont très complets, les cellules géantes nombreuses et bien développées, cellules épithélioïdes, etc.

Les couches superficielles offrent des ulcérations singulières et variées.

Premièrement, en quelques points, on retrouve encore l'épiderme assez épais, avec un système de pointes de Schultze très apparent et se poursuivant presque jusqu'aux strates les plus externes. Les parties profondes de la couche de Malpighi et la couche cylindrique ne sont presque plus reconnaissables; les cellules ont subi une sorte de dégénérescence vacuolaire intense de telle sorte que l'épiderme est comme alvéolé: c'est exactement l'apparence que l'on retrouve dans les profondeurs du mamelon atteint de maladie de Paget, sauf les figures encapsulées qui n'existent pas ici.

Cet état alvéolé, spongieux, se poursuit profondément de telle sorte qu'en certains points, il est impossible de saisir la démarcation entre l'épithélium et ce qui représente le tissu conjonctif. Cette zone épaisse est semée de tubes glandulaires souvent bien conservés, mais les glandes même sont sur un plan plus profond. Au-dessous on retrouve tantôt du tissu lupique, tantôt des bandes de tissu conjonctif, violemment infiltrés de petites cellules rondes désordonnées ou ordonnées suivant les faisceaux.

D'autres territoires sont formés par une infiltration diffuse de cellules évidemment épithéliales cubiques ou atypiques, disposées en boyau entre de minces cloisons conjonctives et qui n'attaquent pas encore les canaux des glandes.

Enfin un bourgeon tout à fait extérieur offre une structure typique d'épithélioma. Cet épithélioma est formé par des cellules serrées, cylindriques à noyau plus volumineux, riches en chromatine, allongées comme les cellules qu'ils remplissent, les cellules remplissent des nids limités par de minces cloisons conjonctives sur lesquelles la couche profonde repose perpendiculairement. C'est exactement l'apparence des épithéliomas sous-épidermiques et de quelque ulcus rodens.

Il est complètement impossible de dire aux dépens de quels tissus s'est développé cet épithélioma: cependant, en l'absence de tout caractère épidermique nous pensons qu'il est vraisemblablement parti d'un point du système glandulaire. Cette dernière lésion nous paraît distincte de l'infiltration des cellules cubiques, claires, disposés en minces boyaux alvéolaires que nous avons signalés comme représentant une dégénérescence peut-être également épithéliomateuse de certains points de l'épiderme de la muqueuse.

Comme de premiers examens ne nous avaient révélé que du lupus, nous fîmes une séance de galvanocaustie. Puis une fois bien édifiés sur la nature du mal, nous laissâmes de côté tout traitement actif, le malade quitta le service, la cachexie marchait rapidement.

A tous égards, cliniquement et histologiquement, l'observation nous a paru intéressante, car elle indique ici l'existence d'un processus de dégénération épithéliale et épithéliomateuse, bien singulier et inobservé dans de telles conditions.

Le Secrétaire,

LOUIS WICKHAM.

SÉANCE DU 11 FÉVRIER 1897

Présidence de M. le Prof. A. Fournier, vice-président.

SOMMAIRE : Ouvrages offerts. — A propos du procès-verbal : note complémentaire sur l'acné, par M. BARTHÉLEMY. — Deuxième note sur un cas de tuberculides acnéiformes et nécrotiques, par MM. HALLOPEAU et BUREAU. — Inflammation avec pigmentation des réseaux vasculaires superficiels du derme (érythème pigmenté réticulaire), par MM. BALZER et GRIFFON. — Érythème récidivant symétrique des extrémités, par H. THIBIERGE. (Discussion : MM. FEULARD et THIBIERGE). — Pigmentation généralisée revêtant au cou l'aspect de la syphilide pigmentaire chez un tuberculeux cachectique, par M. THIBIERGE. (Discussion : MM. RENAULT, THIBIERGE, LEREDDE, FOURNIER et BARTHÉLEMY). — Cylindrome de la région parotidienne, par M. DU CASTEL, et par M. DARIER. (Examen histologique). — Ulcères phlébitiques, par M. GASTOU. (Discussion : MM. DARIER et BARTHÉLEMY). — Éléphantiasis du bras gauche, par M. GASTOU. (Discussion : MM. DARIER et BARTHÉLEMY). — Ecthyma scrofuleux, par M. GASTOU. (Discussion : MM. GALEZOWSKI, HALLOPEAU, VÉRITÉ, BROQUÉ et DARIER). — Présentation de malades, par M. DANLOS. Lichen annulaire ? Lichen circonscrit simple. Psoriasis traité par l'acide cacodylique, par M. DANLOS. — Note sur un nouveau cas de lichen plan buccal en pains à cacheter et en stries étoilées, par M. HALLOPEAU. — Sur un érythème ichthyolique péri-eczémateux par MM. HALLOPEAU et WEIL. — Syphilis sénile, exostoses multiples polyarthrites spécifiques. Subluxations tibio-fémorales. Amyotrophies. Cachexie, par M. FOURNIER. — Stomatite intense et tardive. Hématémèses et mélena à la suite d'injections de mercure insoluble. Tuberculose pulmonaire finale, par M. RENAULT. — Suite de l'observation de l'enfant atteinte d'hydrocéphalie et supposée syphilitique : relation de l'autopsie, par M. MARFAN. — Acanthosis nigricans chez un sujet indemne de carcinomatoses, par MM. JACQUET et DELOTTE. — Sur l'aplasie moniliforme des cheveux, par M. JEANSELME. — Étude du sang des psoriasiques au point de vue des éosinophiles, par M. LEREDDE. — Pseudo-éléphantiasis de la verge consécutif à l'ablation de ganglions inguinaux. 2. Note sur le traitement de la pelade, par M. J. BRAULT. — Microbe du bouton des pays chauds. — Traitement du chancre mou par le gaïacol, par M. DJELALEDIN MOUKHTAR. — Élections.

Ouvrages offerts à la Société.

ORO MARIO. — Su di un raro caso di scabbia generale con presenza di acari all'estremita cefalica complicato ad eczema cronico. *Ext. : Gaz. delle cliniche*, 1892, n° 21.

Di alcune modificazioni subite bacillo della lepra in seguito alla cura con l'olio di Chaulmoogra. *Ext. : Gaz. delle cliniche*, 1892, n° 13.

— Sulle dermatiti esfoliatrici generalizzate (XIV^e congresso dell'associazione medica italiana, août 1891). *Giornale delle mal vener e della pelle*, mars 1892.

— Le iniezioni di soziodolato mercurio nella cura della sifilide. Ext. : *Terapia clinica* 1894, janvier.

— Nota clinica istologica su di un caso di eritemo balsamico. (Comunicazione à la *Société italienne de dermatologie*, octobre 1895.)

— Contributo clinico, istologica, batteriologico sperimentale allo studia. (Comunicazione *Soc. ital. de dermatol.*, octobre 1895.)

— Sudi un raro caso di Sarcoma del Capo. (Comunicazione *Società ital. Dermatologie*, 1895).

— Un caso di dermatite mercuriale maligna ad esito letale. (Comunicazione *Società ital. Dermatologie*, octobre 1895.)

DUCREY et MARIO ORO. — Contribuzione all'istologia patologica etiologia e patogenesi del condiloma acuminato. Ext. : *Riforma medica*, 1892, n° 129.

— Contribuzione alla istologia patologica, etiologia e patogenesi del Condiloma acuminato, ricerche sperimentali (Naples, 1893).

MARIO ORO et LUIGI MOSCA. — Sulla pityriasis rosea di Gibert. Ext. : *Commentario clinico delle mal. cut. e genito urinari*, 1894.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

Note complémentaire sur l'acné (diagnostico différentiel).

Par M. BARTHÉLEMY.

Dans la dernière séance, je disais que, dans mon esprit, l'acné n'avait aucune espèce de lien étiologique avec la tuberculose et je faisais appel à mes souvenirs pour évoquer certaines particularités qui n'avaient peut-être pas été notées assez complètement parce qu'elles avaient moins d'importance au moment des premières observations qu'aujourd'hui. Le hasard produit parfois des effets curieux. Depuis 1890, Boch, dont l'observation a été publiée dans mon mémoire comme présentant un des deux types d'acné, a toujours voyagé; je ne l'avais plus revu, je n'avais plus entendu parler de lui. On discute sur son cas, et le voici qui arrive, étant venu à ma consultation, spontanément, sans avoir été prévenu que je désirais le voir et l'observer de nouveau. En ce temps de spiritisme certains verraient là autre chose qu'une simple coïncidence. Quoi qu'il en soit, on peut s'assurer que Boch, ne présente, *ni de près ni de loin*, comme je le disais l'autre jour, aucun stigmate de tuberculose; il n'a jamais eu que la grippe, en 1890, quand tout le monde avait l'influenza et il n'a jamais eu d'autre maladie que des crises de rhumatisme. Ce rhumatisme est même particulièrement déformant, comme on peut s'en rendre compte par le simple examen de ses mains, poignets et coudes, etc. Les douleurs qu'il a eues étaient dues, comme aujourd'hui encore, à des poussées aiguës dans le

cours d'un rhumatisme chronique déformant; or, on sait combien cette maladie se montre indépendante de la tuberculose. Sa mère est morte à 42 ans, d'alcoolisme; son père, à 56 ans, d'un accident, mais en pleine santé. Il est l'aîné de cinq enfants qui n'ont jamais eu que « mal aux dents », me dit-il très sérieusement. Lui-même n'a jamais eu de gourme, même dans l'enfance, ni aucun stigmate de *tuberculisme*. Il n'a pas de ganglions sous-maxillaires, mais un chapelet bi-inguinal, sans avoir jamais eu ni syphilis ni blennorrhagie. Il a un peu d'anémie; il n'est pas gras; il est en proie à une crise rhumatismale depuis le 15 décembre 1896. Il a une légère dilatation d'estomac (clapotage moyen) et souvent des fermentations gastro-intestinales, dont le rôle dans la production de ces phénomènes morbides est encore mal défini, de même que dans ce léger état de séborrhée huileuse que l'on peut encore constater chez lui sur certaines régions, comme le nez, l'espace intersourcilier et médico-frontal; la région pré-sternale et la région interclaviculaire. Pourtant, il n'a plus aucune espèce d'éruption, pas même une papule d'acné, et pourtant, il est soumis depuis une quinzaine à la médication iodurée (2 gr. par jour, dans le service où M. Fournier a bien voulu le recevoir). Il y a parfois de la constipation: et on peut constater sur lui un léger degré de dermatographie rose et plat, toxidermique. C'est d'ailleurs dans le cours de cet état d'auto-intoxication, que, sans avoir jamais pris de médicament (on ne peut donc pas, ici du moins, proposer le diagnostic d'éruption médicamenteuse), son éruption d'acné éclata brusquement. Il n'en porte d'ailleurs aucune trace et n'a plus un seul élément de folliculite ou d'acné. On ne peut penser non plus à une infection microbienne externe.

A propos d'acné, qu'il me soit permis d'insister sur un point qui n'a pas été assez spécifié lors des premières observations, à savoir que, dans ces cas de folliculites spéciales, que j'ai proposé de classer sous l'étiquette d'acné, il ne saurait s'agir d'une poussée secondaire et confluyente d'éléments acnéiques préexistants et ayant subi une exaltation momentanée de virulence. L'acné, dans ces conditions se comporte d'une manière toute différente, comme on peut s'en rendre compte par le résumé de l'observation suivante d'un sujet arthritique, emphysémateux, catarrheux, toussant et crachant à perpétuité. Cet homme, ainsi préparé, présente encore à 50 ans le type de l'acné invétérée: Vascularisation violacée des joues, acné hypertrophique du nez, rougeur et acné pustuleuse du front, du dos, de la poitrine. Séborrhée habituelle très abondante, autrefois liquide, maintenant concrète dans la plupart des points, « cristallisée », comme dit le malade, d'ailleurs graveleux, atteint d'embonpoint, du réseau veineux péri-diaphragmatique, de douleurs rhumatismales musculaires, mobiles, etc. Or, depuis quinze à vingt jours au plus, il présente une poussée abondante d'une éruption aiguë plus ou moins étendue, dépassant les régions thoraciques, envahissant le tronc, l'abdomen, les flancs, les régions dorso-lombaires et allant s'éteindre vers la racine des cuisses. On reconnaît des éléments acnéiques, soit vésiculeux, soit pustuleux, soit tuberculeux, soit phlegmoneux et croûtelleux; quelques-uns sont même saillants en dehors et indurés à la base et furonculeux. Mais en aucun point on ne trouve les petites nodosités sous-cutanées qui précèdent la lésion dermique de l'acné; la localisation

est toute différente, comme on peut s'en rendre compte par l'examen de ces dessins faits jadis grossièrement et sans talent par moi, mais exactement et d'après nature. Si la nodosité se montre ici, c'est à la fin et non au début de l'évolution éruptive. L'odeur de la séborrhée et de l'acnée confluente est très nette, tandis que l'acné en est dépourvue. Enfin, cette éruption n'a qu'une durée de six semaines à deux mois et non de six, dix, douze et dix-huit comme l'acné. Tels sont, je pense, les éléments d'un diagnostic différentiel entre l'acnée confluente ou momentanément exaspérée et l'acné, toxicodermie probable, guérissant d'une manière absolue, sans répétition indéfinie, comme fait l'acné et comme on peut voir dans le cas de Boch qui ne porte plus aucune espèce d'élément éruptif.

Incidemment et pendant qu'il était soumis à notre observation, nous avons pris, M. le Dr Oudin et moi, la radiographie de ses lésions rhumatismales. L'examen des épreuves est intéressant et donne un certain nombre de renseignements qui ne sont pas fournis par l'examen médical ordinaire même minutieux ; c'est ainsi qu'en la comparant à la radiographie d'une main normale, on constate la disparition des cartilages qui séparent les phalanges, phalangines et phalanges. On voit que les os du carpe sont pour ainsi dire soudés les uns aux autres (comme cela aurait lieu dans l'extrême vieillesse, et le malade n'a que 33 ans) de façon à ne former qu'un bloc ; enfin, chose non remarquée jusqu'ici, on peut se rendre compte que la déformation des doigts tient surtout à une sorte d'exostose ou de néoformation osseuse développée aux dépens des cartilages inter-articulaires et repoussant la tête des phalanges ou des phalanges, déterminant ainsi parfois leur position vicieuse à cause de sa consistance moindre... mais ce n'est pas ici le lieu d'insister sur ce point, je me borne à le signaler.

**Deuxième note sur un cas de tuberculides acnéiformes et nécrotiques
(résultats de l'examen bactériologique : origine toxinique).**

Par H. HALLOPEAU et G. BUREAU.

Voici le résumé des résultats que nous a fournis l'examen bactériologique et anatomo-pathologique des lésions observées chez le malade atteint d'éruption acnéiforme et nécrotique que nous avons présenté à la dernière séance de la Société.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE. — Le pus de ces pustulettes, ensemencé à deux reprises différentes dans du bouillon et sur agar, n'a donné lieu à aucune culture.

De même, nous avons tenté par deux fois, sans résultat, l'auto-inoculation de ces lésions, la première fois au moyen d'une piqûre faite au bras avec une lancette chargée du pus de l'un de ces éléments, la deuxième

fois en portant ce pus au niveau d'une petite phlyctène que nous avions préalablement déterminée par une légère brûlure.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE. — Nous avons pratiqué deux biopsies chez ce malade : l'une comprenant un petit élément surmonté de sa pustulette centrale a été prélevée sur la partie latérale de l'abdomen ; l'autre a été faite au niveau de la plaque qui existait sur l'avant-bras gauche. Une partie de cette dernière a été inoculée à un cobaye ; mais il s'est écoulé encore trop peu de temps depuis, pour que nous puissions en donner le résultat.

Ces pièces ont été fixées au sublimé acétique, montées à la paraffine et coupées en séries. Les coupes ont été traitées par différentes méthodes, notamment par le picro-carmin, l'hématéine-éosine et la thionine phéniquée. Sur un très grand nombre d'entre elles nous avons pratiqué la recherche du bacille de Koch, mais sans succès.

Premier fragment. — L'examen des différentes coupes de cette pièce montre d'une façon évidente que la lésion s'est développée aux dépens d'un follicule pilo-sébacé dont elle reproduit exactement la forme. Profondément, elle s'étend un peu vers les glandes sudoripares en suivant le trajet des vaisseaux, mais les glandes sudoripares elles-mêmes sont normales. La lésion consiste en un véritable petit abcès intra-folliculaire et intra-glandulaire ; au centre, elle s'infiltré profondément au niveau du follicule pileux dont on retrouve néanmoins encore quelques traces. Latéralement et plus superficiellement, elle a à peu près complètement détruit les glandes sébacées dont on voit cependant encore quelques vestiges à la périphérie sous forme de cellules glandulaires altérées, et surtout dont on reconnaît le siège par la présence des fibres du muscle tenseur du poil qui soutendait cette glande et qui maintenant soutend cette infiltration. Au centre de cette infiltration, existe une cavité contenant une grande quantité de leucocytes polynucléaires ; l'infiltration elle-même est formée par des lymphocytes et des cellules plus volumineuses à gros noyaux ; enfin on constate, surtout à la périphérie, un grand nombre de cellules géantes, très caractéristiques.

Dans une autre partie des coupes, on constate une infiltration périvasculaire abondante.

Deuxième fragment. — Sur cette pièce, les lésions sont à un stade plus avancé. On y trouve deux nodules différents comme siège, comme forme et comme structure.

L'un de ces nodules, beaucoup plus petit, plus superficiel, semble formé aux dépens d'une glande sébacée à laquelle était annexé un poil atrophié, dont on ne voit plus que quelques débris. Ce nodule offre l'aspect typique d'un nodule tuberculeux ; la partie centrale est caséifiée ; autour on voit plusieurs cellules géantes très caractéristiques, puis une zone de cellules épithélioïdes, et enfin, plus en dehors, une infiltration embryonnaire.

L'autre nodule ressemble tout à fait à celui de notre première biopsie, si ce n'est que la lésion y est à un stade beaucoup plus avancé ; comme lui, il s'est développé aux dépens d'un follicule pilo-sébacé dont il rappelle absolument la forme. Profondément, on trouve un tissu en train de s'organiser, mais présentant cependant encore un grand nombre de cellules géantes

très typiques ; au-dessus de cette infiltration, existe une dépression de l'épiderme, une sorte d'utricule tapissée de cellules épidermiques sur toute sa paroi qui semble correspondre à la dépression cupuliforme des cicatrices que laissent ces éléments.

En résumé, les lésions que nous avons étudiées chez ce malade sont surtout développées aux dépens des follicules pileux et des glandes sébacées, ce que du reste révélait déjà l'examen objectif de ces éléments. Toutefois, les glandes sébacées ne sont pas le siège exclusif de cette éruption, car, ainsi que nous l'avons signalé dans l'observation, il existe aussi des nodules à la plante du pied.

Bien que la présence de cellules géantes ne soit pas exclusive aux lésions tuberculeuses et que, d'autre part, nous n'ayons pu, comme nous l'avions prévu, déceler dans les lésions, la présence de bacilles de la tuberculose, il nous semble cependant important d'insister sur le grand nombre de cellules géantes rencontrées dans ces lésions et aussi sur leur constitution suivant le type du nodule tuberculeux.

Ce fait n'est nullement en désaccord avec l'interprétation formulée par l'un de nous en faveur de l'origine toxinique de ces manifestations tuberculeuses disséminées ; il est de toute évidence, en effet, que dans les nodules tuberculeux typiques, les bacilles ne déterminent pas la production de lésions spécifiques par leur action purement mécanique, mais bien par les produits spéciaux, autrement dit par les toxines, qu'ils engendrent ; on conçoit dès lors que ces toxines puissent aller déterminer dans les diverses parties du tégument où elles sont entraînées par la circulation des lésions histologiques semblables à celles qui caractérisent ces nodules ; c'est ce qui s'est, selon toute vraisemblance, produit chez notre malade où l'on trouve, dans les lésions cutanées, des nodules ayant tous les caractères de la tuberculose, sauf les bacilles.

Nous rappellerons qu'il existe chez ce malade des signes évidents de tuberculose ganglionnaire, qu'une partie de ses éléments éruptifs doivent être rattachés aux follicles dont nous avons contribué à établir la nature tuberculeuse, que cette dermatose, par ses autres éléments, ne se rattache à aucun type connu, sauf, par leur évolution et les cicatrices cratériformes qu'ils laissent à leur suite, à ces follicles.

Si notre interprétation est exacte, notre nouveau fait, rapproché du cas de « follicles » que nous avons étudié antérieurement, établit, en outre, que ces toxines peuvent donner lieu à des éruptions très analogues, alors même qu'elles trouvent dans des parties diverses de la peau, le milieu sensible à leur action ; en effet, malgré le siège différent des lésions qui ont occupé surtout, dans un cas les couches profondes du derme, dans l'autre les follicles pilosébacés, les éléments éruptifs ont présenté des caractères communs ; dans les deux faits il s'est agi de boutons indurés qui sont devenus le siège, dans leur partie centrale, d'une pustulette,

puis d'une croûte noire, et enfin d'une dépression cratéri-forme toute particulière.

Cependant un examen attentif permet de distinguer les altérations ayant pour point de départ les follicules pilo-sébacés de celles qui se développent primitivement dans le derme proprement dit : elles sont en effet moins profondes et en même temps moins indurées, et leur évolution est plus rapide ; elles ont en outre tendance à se grouper en petits amas, dans lesquels chaque lésion folliculaire se traduit ultérieurement par une dépression cratériforme.

Ces altérations, rapprochées du lichen scrofulosorum, de l'acné cachectique et des folliculites suppuratives en placards à progression excentrique décrites par l'un de nous, montrent que les follicules pilo-sébacés peuvent réagir, chez les différents sujets, suivant des modes divers sous l'influence de toxines très analogues, mais non identiques, car il est très probable, pour ne pas dire certain, que ces toxines présentent des propriétés différentes suivant le siège pulmonaire, ganglionnaire, osseux ou cutané dont elles émanent.

Notre malade présente une variété nouvelle, non encore décrite, de tuberculides.

Inflammation avec pigmentation des réseaux vasculaires superficiels du derme (Érythème pigmenté réticulaire).

Par MM. F. BALZER et GRIFFON.

Nous présentons à la Société une lésion cutanée très curieuse et, semble-t-il, non décrite, consistant en arborisations érythémateuses et pigmentaires, à la face interne des genoux, avec inflammation évidente du derme de nature indéterminée.

Il s'agit d'un homme de 36 ans, moniteur dans une école d'arboriculture, entré le 28 janvier 1897 à la salle Hillairet dont il occupe le lit n° 27.

Ce malade nous a été adressé par le Dr Diverneresse, de St-Mandé.

Son père, mort à 70 ans, avait eu plusieurs poussées de rhumatisme articulaire aigu. Sa grand'mère avait eu des varices, compliquées d'eczéma variqueux. Sa mère, morte à 76 ans de cancroïde du front, avait présenté des paquets variqueux énormes, dont l'un aboutit un jour à la rupture. Il a une sœur bien portante et un frère affecté d'hémorroïdes.

Lui-même est atteint de migraine vers l'âge de quatorze à quinze ans. Émotif, irritable, il ne présente jamais d'attaques d'hystéries. Une hernie inguinale l'a fait réformer.

Jusqu'il y a quatre ans, il était en somme bien portant. Il contracte alors la fièvre typhoïde, qui le tient au lit deux mois. La convalescence est marquée par une petite hémorrhagie intestinale. Les jambes restent faibles

à la suite de cette affection; elles trahissent le malade, elles sont « comme du coton ». Bon marcheur auparavant, notre homme, encore aujourd'hui, se fatigue très vite. Il éprouve de temps en temps, toutes les deux à trois semaines, parfois seulement tous les deux à trois mois, des douleurs dans les deux membres inférieurs, au-devant de la jambe, dans la cuisse, dans le genou, douleurs gênant et parfois même empêchant la marche.

Il y a quatre mois, en allant prendre un bain, le malade voit sur la face interne de son genou droit, à la hauteur du condyle, une traînée brunâtre. Le genou gauche est indemne.

Les jours suivants, la traînée gagne à la fois en haut et en bas, puis donne naissance à des ramifications, et bientôt on se trouve en présence d'un réseau très étendu de lignes brunâtres, véritable filet à mailles irrégulières et à grosses travées, occupant, trois mois après le début, c'est-à-dire il y a environ trois semaines, la face interne du genou, du tiers inférieur de la cuisse, du tiers supérieur de la jambe, allant jusqu'à la ligne médiane en avant, ne dépassant pas en arrière un plan qui raserait la face postérieure du condyle interne.

Il y a un mois que le genou gauche a commencé à présenter la même lésion. Lorsqu'il y a huit jours, le malade est entré à l'hôpital, il n'y avait encore qu'une traînée avec quelques courtes ramifications secondaires, lésion naissante occupant la région du condyle interne.

Le jour de son arrivée, il avait les membres inférieurs *marbrés de réseaux vasculaires* très apparents, occupant la *totalité des deux membres*, rappelant un peu ce qu'on voit parfois l'été sur les cadavres à la salle d'autopsie quand la putréfaction a amené l'extravasation du sang à travers les parois veineuses altérées. Rapidement d'ailleurs le décubitus fit disparaître cet aspect, qu'on chercherait en vain aujourd'hui.

Ce qui frappe actuellement, c'est, à droite, un élégant réseau vasculaire marbrant la face interne du genou, formé de travées irrégulières, dentelées, lignes brunâtres rarement droites, plus souvent flexueuses, s'anastomosant entre elles. C'est à peu près l'aspect que présentent parfois les jambes des femmes qui se chauffent avec des briquettes, ou des cochers qui ont les jambes pigmentées par la chaufferette qu'ils gardent sur leur siège. Le dessin singulier que nous avons sous les yeux rappelle aussi l'aspect que prend parfois le givre figé en hiver sur les vitres.

La pigmentation n'est pas le seul caractère de cette lésion; il y a aussi inflammation, car la pression la plus légère à ce niveau est douloureuse, et le malade se plaint de souffrances spontanées.

En maints endroits, surtout vers le centre de la région atteinte, on note au confluent des travées de petites surfaces rouges, limitées par un bord net, *sans épaissement* aucun du derme sous-jacent. Les jours derniers, ces éléments étaient le siège d'une desquamation évidente; actuellement la surface en est rouge, décapée, brillante, plus finement plissée que l'est celle du lichen.

À gauche, l'altération vasculaire est beaucoup moins avancée. Quelques ramuscules principaux sont anastomosés au niveau de la face interne de la saillie du condyle; au centre est un placard rosé et plissé comme ceux que nous venons de décrire; tout autour les arborisations vont en se dégradant.

Quand nous aurons signalé l'existence de fines veinosités, rougeâtres ou violacées, disséminées irrégulièrement sur les deux membres inférieurs, et la présence de varices peu saillantes, nous aurons dit toutes les particularités qui nous ont frappés quand nous avons vu cet homme pour la première fois.

Depuis, l'application de compresses humides, poursuivie seulement pendant trois jours, a paru modifier l'aspect des lésions dans le sens d'une grande amélioration. Mais un phénomène nouveau a surgi depuis quelques jours. Des deux côtés sont apparues de nouvelles taches rosées, érythémateuses, semblant se continuer directement avec les travées brunâtres, confluentes principalement le long des saillies déterminées par les condyles internes. De plus, le cou-de-pied droit est devenu tuméfié et légèrement douloureux; il s'est produit une véritable fluxion péri-articulaire avec sudation assez abondante qu'il est bien difficile de ne pas rattacher au rhumatisme.

Nous suivrons attentivement l'évolution de ces incidents nouveaux, qui nous mettront peut-être sur la piste de la nature de l'affection.

Nous avons choisi pour titre de notre communication les termes d'inflammation avec pigmentation des réseaux vasculaires superficiels du derme. Nous pensons, en effet, que c'est dans les vaisseaux sanguins, très superficiels, veinules ou capillaires, que siège l'altération. Les *varices* sont évidentes chez notre malade, qui est de plus entaché d'une hérédité arthritique et plus particulièrement variqueuse. Mais si l'on regarde avec attention les lésions de la peau, on voit qu'elles ne suivent pas toujours les troncs variqueux, facilement visibles, mais plutôt les réseaux capillaires.

Notons aussi que l'épaississement de la peau, bien que manifeste est peu accusé au niveau du réseau pigmenté; l'infiltration du derme est évidemment diffuse et peu dense.

S'il nous fallait absolument classer l'affection singulière que nous venons de présenter, les douleurs qu'accuse le malade et qu'on peut réveiller facilement et surtout la manifestation articulaire qui vient de se déclarer, nous entraîneraient à incriminer le rhumatisme. Il faut peut-être faire intervenir ici un processus érythémateux accompagné de pigmentation; c'est pourquoi nous avons proposé en sous-titre la dénomination provisoire d'*érythème pigmenté réticulaire*. En tout cas, ce n'est pas une affection d'origine purement variqueuse et le processus érythémateux rhumatismal semble bien s'adjoindre à la gêne circulatoire.

Érythème récidivant, symétrique des extrémités, avec desquamation à larges lambeaux de la paume des mains et de la plante des pieds.

Par M. GEORGES THIBIERGE.

C'est à titre de problème clinique et sans pouvoir à son sujet fournir de conclusion ferme — ne connaissant aucun cas semblable ou exactement comparable — que je présente à la Société la malade dont voici l'observation.

V..., âgée de 31 ans, concierge, vient me consulter le 4 février 1897 à la Policlinique dermatologique de l'hôpital de la Pitié, pour une affection de la paume des mains remontant au 25 ou 26 janvier. A ce moment, la face palmaire des mains et des doigts est devenue le siège d'une rougeur et d'une tuméfaction assez prononcée pour gêner les mouvements de préhension; cette tuméfaction existait aussi, mais à un moindre degré, à la face dorsale des mains. Les jours suivants, tuméfaction et rougeur persistèrent tout en diminuant d'intensité. Le 31 janvier, ils avaient disparu, mais l'épiderme commençait à se soulever au niveau du premier espace intermétacarpien et depuis lors il a continué à se détacher graduellement des couches sous-jacentes.

Au moment où j'examinai la malade pour la première fois, l'épiderme de la paume des deux mains était soulevé en une large squame recouvrant toute leur partie moyenne, la moitié interne de l'éminence thénar et la moitié externe de l'éminence hypothénar, remontant jusqu'à la base de l'éminence thénar et descendant jusqu'à l'insertion des doigts; cette squame ne formait qu'un seul lambeau sans la moindre solution de continuité, présentant très nettement tous les plis et sillons normaux de la région; au-dessous d'elle, la peau était rosée, sèche, sans aucune trace d'exsudat quelconque. Le soulèvement de cette squame n'avait du reste pas été précédé de la production d'une bulle.

Sur la face palmaire de plusieurs doigts (médus et annulaire droits, index et médus gauches) l'épiderme était également décollé dans une étendue variable, mais ne dépassant pas la première phalange.

Sur les faces latérales des doigts, on voyait une desquamation plus mince, mais en lambeaux secs et blancs très nets; sur leur face dorsale, une desquamation furfuracée.

- A la plante des pieds, l'épiderme était sec et semblait menacé de desquamation; au niveau des points d'appui, la peau avait une coloration rouge assez prononcée, reliquat d'un gonflement survenu en même temps que celui de la paume des mains.

La malade nous annonçait que dans un mois l'épiderme des pieds serait soulevé exactement comme celui des mains.

Elle n'en était, en effet, pas à sa première attaque de cette maladie: son expérience se basait sur quatre attaques semblables.

Au sujet des deux premières elle ne peut donner de commémoratifs aussi précis qu'au sujet des deux dernières; celles-ci sont survenues dans

le courant de l'année 1896 : en avril, à la suite d'une maladie caractérisée par un gonflement intense du visage, une éruption occupant le haut du thorax et qui aurait été diagnostiquée « rougeole » (?) et à laquelle ont succédé plusieurs abcès dentaires ; en juin, après des troubles digestifs qui ont été dénommés embarras gastrique et consistaient en douleurs abdominales, sans vomissements et sans diarrhée.

A chacune de ces attaques, elle avait, comme dans l'attaque actuelle, vu survenir une tuméfaction de la paume des mains et de la plante des pieds, suivie de desquamation en larges lambeaux. A chacune d'elles, les lésions étaient restées strictement limitées à ces régions.

La poussée actuelle, comme les précédentes, a succédé à un état infectieux ; mais cet état infectieux s'est borné à un « rhume » qui n'a pas obligé la malade à garder le lit et pour lequel elle s'est contentée de prendre une bouteille de sirop pectoral.

En dehors des infections qui ont précédé chacune des poussées éruptives, cette malade n'a subi aucune maladie sérieuse.

Réglée à l'âge de 18 ans, elle a toujours eu ses règles apparaître régulièrement ; les premières poussées éruptives ont coïncidé avec des époques menstruelles, mais la poussée actuelle est survenue huit jours après la fin des règles.

Elle est d'un tempérament nerveux, mais on ne constate aucun stigmate accusé d'hystérie, en particulier pas d'anesthésie au niveau des membres. La réaction vaso-motrice, sous l'influence des excitations cutanées locales, est nettement accusée, rapide et persistante ; peut-être s'accompagne-t-elle d'un très léger degré d'exsudation, mais il ne se produit pas de larges saillies urticariennes.

La malade déclare avoir eu, à l'âge de 14 ans, une attaque d'urticaire généralisée ; jamais, depuis lors, elle n'a eu d'éruption analogue.

La forme de la desquamation, entraînant en un seul morceau l'épiderme de la presque totalité de la région palmaire est déjà un caractère singulier de ce cas.

Plus singulière encore est l'exacte limitation de la maladie, pendant toute son évolution et au cours de plusieurs attaques successives, à des régions symétriques et différenciées comme la paume de la main et la plante des pieds.

Cette localisation exclusive ne cadre pas avec les dermatoses exfoliantes récidivantes jusqu'ici connues, dont le caractère est précisément la généralisation à toute ou presque toute la surface cutanée : toutes les variétés d'érythrodermies rangées dans le pityriasis rubra, les érythèmes scarlatiniformes récidivants, etc., sont éliminées par le seul fait de la topographie restreinte de la desquamation et des lésions qui la précèdent.

Cette topographie, par contre, éveille nécessairement l'idée d'un trouble circulatoire d'origine nerveuse : n'est-elle pas comparable à celle de l'asphyxie des extrémités, de la sclérodactylie et de tant

d'autres acropathies dont l'origine nerveuse est irrécusable ? N'est-elle pas identique à celle de certaines formes de kératodermie symétrique pour lesquelles cette origine a été invoquée et est généralement admise ?

L'interrogatoire de la malade apprend, en outre, que chacune des attaques de cette affection a succédé à un trouble prononcé de la santé générale, à une infection caractérisée quoique variable dans son siège.

Mais, la cause et le mécanisme fonctionnel étant déterminés, resterait à connaître le mode exact de réaction cutanée qui aboutit à cette singulière desquamation. Il est assez difficile de s'en rendre exactement compte, sans avoir assisté aux premières phases de l'affection. A en croire les descriptions de la malade, il se serait agi d'une sorte d'érythème avec tuméfaction, peut-être avec œdème du tégument. D'autre part, cette malade a été, dans son jeune âge ; atteinte d'urticaire ; elle a, comme nombre d'urticariens, un système vaso-moteur cutané très excitable et doué de réactions très accusées.

En présence d'un sujet entaché de nervosisme, antérieurement atteint d'urticaire et présentant actuellement un stigmate vaso-moteur accusé, un rapprochement s'impose avec la forme d'urticaire connue depuis Quinke sous le nom d'œdème aigu circonscrit de la peau, affection dont les récidives se font ordinairement en une même région cutanée et dans laquelle le système nerveux intervient de façon indubitable. A la vérité, l'œdème aigu circonscrit, comme les autres formes de la dermatose urticarienne est essentiellement une affection à marche rapide, son existence est éphémère et elle disparaît sans laisser de trace de son passage. Aussi est-ce une simple comparaison et non une assimilation complète que je propose. En attendant que d'autres faits viennent éclairer les relations pathologiques de cette singulière dermatose, je me contente de lui donner la dénomination purement symptomatique et descriptive par laquelle j'ai intitulé la présente note.

M. FEULARD. — La malade n'a-t-elle pris aucun médicament ? J'ai observé une malade qui, à la suite d'absorption de sulfate de quinine, présenta de l'œdème des mains et de la desquamation.

M. THIBIERGE. — La malade n'a pris aucun médicament antérieurement à l'érythème.

Pigmentation généralisée revêtant au cou l'aspect de la syphilide pigmentaire, développée chez un tuberculeux cachectique.

Par M. GEORGES THIBIERGE.

Pigmentation réticulée du col et syphilide pigmentaire sont, pour

presque pour tous les dermatologistes français, deux expressions synonymes ; de même, pour les auteurs allemands, l'épithète de syphiliticum est un complément pour ainsi dire obligé du terme de leukoderma.

A la vérité, quelques protestations se sont élevées contre cette opinion trop absolue. Lesser, Riehl, Kaposi et surtout G. Lewin (1) ont refusé au leukoderma une valeur diagnostique aussi formelle. Ce dernier auteur rapporte que, en examinant 4,800 sujets n'ayant aucun antécédent syphilitique et ne présentant aucun symptôme actuel de syphilis, il a constaté 227 fois (soit 4 p. 100) des taches de leukoderma.

En France, M. Fournier, tout en attribuant une extrême valeur à la pigmentation réticulée du col comme signe diagnostique de la syphilis, déclare l'avoir observée une fois, mais une fois seulement, chez une jeune femme indemne de syphilis, et atteinte de tuberculose avancée.

Le malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société peut, me semble-t-il, faire le pendant de l'observation de M. Fournier.

Il s'agit d'un homme de 60 ans, entré dans mon service de l'hôpital de la Pitié, le 5 décembre dernier, pour des lésions pulmonaires de nature indubitablement tuberculeuses. Il tousse depuis huit ans, a craché du sang à plusieurs reprises. Il est arrivé à une période avancée de la phase cachectique de sa maladie.

J'ajouterai que, s'il est sujet à des diarrhées profuses durant un jour ou deux, s'il éprouve depuis cinq ou six mois des douleurs dans l'abdomen et dans la partie inférieure du thorax, ces signes sont insuffisants pour justifier le diagnostic de maladie d'Addison que pourraient faire soupçonner les troubles de la pigmentation qu'il présente.

Ses téguments, qui ont toujours été foncés, ont pris depuis quelques années une coloration gris sale plus accusée. Cette coloration frappe surtout au visage, auquel elle donne une teinte terreuse à peu près uniforme, rappelant celle de la cachexie paludéenne, respectant seulement les régions malaires et la partie supérieure du front ; mais elle se rencontre également sur le reste de la surface cutanée, un peu plus atténuée sur les membres.

Sur le tronc, elle est à peu près uniforme, parsemée çà et là de taches moins foncées correspondant à des cicatrices de forme et de dimensions variées, d'origine indéterminée et sans doute variable. A la partie supérieure du dos, les cicatrices, de petites dimensions, arrondies pour la plupart, semblent être la conséquence d'une phthiriasse ancienne.

Au cou, la pigmentation présente des caractères tout particuliers. Tandis

(1) G. LEWIN. Ueber das Leukoderma, namentlich über seinen diagnostischen Werth. *Charité-Annalen*, XVIII, Jahrg.

(2) A. FOURNIER. *Les affections parasymphilitiques*. Paris, 1894, p. 28.

que, à sa partie antérieure, la peau offre uniformément la même coloration que dans les portions adjacentes du thorax, les parties latérales et surtout la partie postérieure sont le siège d'une coloration grisâtre plus intense, surtout accusée à la moitié supérieure de la nuque où elle tire un peu plus sur le jaune.

En ces régions, la coloration uniforme est parsemée de taches arrondies ou légèrement allongées, régulières, à contours nettement accusés, dont les plus larges ne dépassent pas un centimètre de diamètre. Ces taches sont beaucoup plus pâles que la peau adjacente ; elles sont cependant de couleur jaune, plus accusée que ne l'est normalement la peau de la nuque. Au niveau de ces taches, la peau ne semble présenter au premier abord aucune lésion ; cependant, quelques-unes, principalement celles de la partie inférieure de la nuque ont, mais de façon très douteuse, une très légère apparence gaufrée ; ce point mérite d'autant mieux d'être signalé qu'on peut constater, à la région sus-scapulaire droite, une cicatrice nettement quoique superficiellement gaufrée, dont la forme et les dimensions rappellent celles des taches pâles de la nuque.

Les cheveux sont noirs, lanugineux et minces ; ils sont clairsemés, de sorte que leur disposition rappelle l'alopécie en clairière. Ils ont commencé à tomber il y a une trentaine d'années ; depuis huit ans leur nombre ne s'est plus modifié.

La muqueuse buccale n'est le siège d'aucune pigmentation.

L'interrogatoire minutieux et répété du malade ne permet de relever aucune trace de syphilis récente. Le seul commémoratif qui présente quelque intérêt dans ce sens est l'existence de chancres multiples de la verge il y a trente-six ans, chancres qui n'ont été suivis d'aucun symptôme de syphilis.

En l'examinant attentivement, et cet examen a été répété chaque semaine depuis son entrée dans le service, il a été impossible de découvrir le moindre soupçon de syphilis : aucune lésion ou trace de lésion cutanée d'origine syphilitique, pas de plaques muqueuses, pas d'adénopathies.

La pigmentation cervicale développée chez ce malade offre une frappante et indéniable similitude d'aspect avec la syphilide pigmentaire : l'impression a été la même pour tous les médecins qui l'ont examiné dans mon service.

Et cependant, cet homme n'offre aucun symptôme autre de syphilis. Faut-il admettre une syphilis uniquement caractérisée par la syphilide pigmentaire ? S'il ne s'agissait pas d'un tuberculeux cachectique, c'est-à-dire porteur d'une maladie qui justifie les perversions de la fonction pigmentaire, il serait beaucoup plus embarrassant de répondre à cette question, tant il est difficile de délivrer à qui que ce soit une patente nette de syphilis. Mais ici, nous sommes en présence d'un sujet susceptible, de par la tuberculose dont il est atteint, de se pigmenter anormalement, bien plus, d'un sujet dont tout le tégument est anormalement pigmenté.

Au cou, la mélanodermie revêt une disposition spéciale, mais elle n'est qu'un fragment d'une dystrophie pigmentaire généralisée, et, malgré sa disposition spéciale, on ne peut l'isoler de cette dystrophie même.

Resterait à savoir par quel mécanisme s'est produite cette dystrophie et pourquoi, en une région déterminée, elle a revêtu un aspect aussi spécial.

Malgré l'absence de signes propres à la cachexie addisonnienne, en particulier de la pigmentation des muqueuses, la première de ces questions reste entière et il est impossible de décider s'il faut dans la production de cette mélanodermie accorder un rôle aux capsules surrénales, ou l'imputer à une altération sanguine provoquée par le bacille de Koch ou par la cachexie tuberculeuse.

Quant à l'explication de la forme spéciale qu'elle revêt au cou, j'aurais voulu pouvoir déterminer si elle est ou non la conséquence de lésions cutanées antérieures, la mise en valeur de cicatrices de cette région; l'interrogatoire du malade ne m'a pas fourni d'argument péremptoire à ce sujet et j'ai noté dans l'observation les raisons qui m'ont fait soulever cette hypothèse.

S'il était avéré que la pigmentation a, primitivement et sans l'intervention d'une lésion destructive antécédente, revêtu la forme réticulaire, elle serait exactement surperposable à la syphilide pigmentaire, telle qu'elle est classiquement envisagée: l'analogie pathologique conduirait logiquement à une analogie de qualification et on devrait l'appeler tuberculide pigmentaire; mais cette qualification ne résoudrait pas la difficulté, la pathogénie de la syphilide pigmentaire restant encore indéterminée.

En présentant ce malade, je n'ai pas eu la prétention de trancher ces questions. J'ai voulu, me plaçant au point de vue strictement clinique, montrer que, dans des cas exceptionnels, rarissimes pour mieux dire, la pigmentation des tuberculeux peut revêtir toutes les apparences symptomatiques de la syphilide pigmentaire.

M. RENAULT. — Ce malade ayant présenté des chancres, on ne peut établir d'une manière absolue la nature non syphilitique de la pigmentation.

M. THIBIERGE. — Rien ne prouve que ces chancres aient été de nature syphilitique; ils remontent du reste à 26 ans et je ne connais pas d'exemple de syphilide pigmentaire symptomatique d'une syphilis remontant à une date aussi lointaine.

M. LEREDDE. — Je désirerais, à propos de la chute des cheveux que présente le malade de M. Thibierge, attirer l'attention sur l'*alopécie tuberculeuse initiale*. Elle n'a pas été signalée, je crois; par contre, l'*alopécie tardive* est bien connue. Je possède déjà quatre observations, recueillies en une seule

année, de malades venant consulter à l'hôpital Saint-Louis pour une alopecie, diffuse, athrepsique, semblable à celle des maladies infectieuses, quoique de marche plus lente, et atteints de tuberculose au début, tuberculose restée latente, et ne se révélant que par des signes physiques. S'agissait-il de tuberculoses particulièrement graves, subaiguës ? Je n'ai pu suivre d'assez près les malades pour donner quelque renseignement à cet égard.

Dès à présent, je considère qu'il faut chercher la tuberculose en présence de toute alopecie diffuse, qu'on ne peut expliquer d'une manière satisfaisante.

M. FOURNIER. — J'ai observé une pigmentation du col identique à celle que détermine la syphilis secondaire chez une malade, vierge, qui n'offrait aucun signe de syphilis, acquise ou héréditaire ; par contre, cette femme était tuberculeuse, et elle est morte phthisique.

M. BARTHÉLEMY. — Cette pigmentation existe même chez des sujets qui ne sont ni tuberculeux ni syphilitiques.

Cylindrome de la région parotidienne.

Par M. DU CASTEL.

La malade, que j'ai l'honneur de présenter à la Société est une femme atteinte d'une variété de tumeur dont les exemples sont encore peu nombreux dans la science. Son siège, d'après les observations connues, est le plus habituellement la région parotidienne ; dans les exemples cités, le volume ne dépassait pas ordinairement celui du poing. Ce sont, d'après les observations de Malassez, des néoformations épithéliales sur lesquelles se grefferaient un bourgeonnement myxomateux du stroma pénétrant au sein des amas épithéliaux. Le point de départ serait dans le tissu cellulaire sous-cutané ou sous-muqueux. M. Quénu pense que les glandes de la peau ou les débris inclus de l'épithélium fœtal doivent être le point de départ de la végétation épithéliale.

Le développement de ces tumeurs est lent et elles refoulent les tissus plutôt qu'elles ne les infiltrant. Tomasi a cependant signalé quelques cas de généralisation aux ganglions, à la plèvre, au poulmon, au foie.

La récurrence locale ne se verrait que dans un cinquième des cas.

Voici l'histoire de notre malade :

Marie S..., âgée de 45 ans, marchande, entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Gibert, lit n° 18, le 9 décembre 1896.

Son père est mort d'une maladie de cœur ; sa mère vit encore, âgée de

76 ans. Pour elle, elle ne présente dans ses antécédents qu'une pneumonie à 26 ans et des névralgies faciales qui ont persisté six mois, à l'âge de 32 ans. La maladie actuelle a débuté en 1885. Du côté gauche de la face, sur le bord inférieur du maxillaire inférieur, apparut une tumeur, blanchâtre, douloureuse, de la grosseur d'une noisette. Cette tumeur augmenta de telle sorte qu'au bout d'environ deux ans elle avait atteint le volume d'un œuf.

La malade se fit opérer. Mais il y eut récédive après six mois. Deuxième opération suivie de récédive encore; on opéra en tout six fois en six ans, sans plus grand succès. La dernière intervention eut lieu le 6 mai 1891, et peu de temps après la tumeur se reproduisait. Les chirurgiens refusant d'intervenir une septième fois, la tumeur ne fit qu'augmenter.

La malade entra à la Salpêtrière; là, dit-elle, sous la peau du front et le cuir chevelu, il se développa une collection liquide qui s'ouvrit spontanément au niveau du front par deux orifices. Le liquide qui s'écoula aurait été séreux, d'une odeur infecte. Les douleurs diminuèrent; la malade se sentit beaucoup mieux; mais, comme on lui refusait l'opération qu'elle demandait instamment, elle quitta la Salpêtrière et vint à Saint-Louis.

Actuellement, elle se plaint de violentes douleurs dans la tête et d'une gêne de respiration, plus accentuée pendant la nuit. Toute la partie gauche de la tête, à l'exception du quart supérieur, et la partie supérieure du cou sont envahies par une tumeur énorme, violacée, bosselée, formée de mamelons inégaux séparés par des gouttières multiples et de profondeur variable. Cette tumeur s'étend, en arrière, jusqu'à deux travers de doigt de la ligne médiane; en bas, elle descend jusqu'à un travers de doigt au-dessus de la clavicule et de la fourchette sternale. En avant, la bouche est complètement déviée du côté droit; la commissure gauche répond à la cloison du nez dont l'aile gauche est aplatie. Les paupières, du côté gauche, sont œdématisées; quant à une portion de la joue gauche dont la peau n'a pas changé de coloration, portion limitée par le nez, l'œil et une ligne allant à peu près de l'apophyse orbitaire externe à la commissure des lèvres, un peu œdématisée en haut, elle est dure et adhérente à des noyaux sous-cutanés, sur les limites des bosselures.

La tumeur est bosselée, figure une immense grappe de raisin appliquée sur la partie latérale de la tête; les lobules présentent une certaine transparence; il y a quelques petites ulcérations suintantes, un ou deux petits kystes séreux, de la dimension d'une grosse tête d'épingle, et des veines dilatées à la surface des bosselures plutôt que dans leur intervalle. De l'oreille, émergeant au milieu de la masse néoplasique, on ne voit que le bord postérieur tuméfié et le lobule, volumineux et bourgeonnant. Le tragus, l'anthélix, l'hélix ont disparu; l'orifice du conduit auditif externe n'est plus visible.

Au toucher, on a la sensation d'une gélatine assez consistante. La tumeur est adhérente aux plans profonds du cou et de la face. Si la malade abaisse et relève la mâchoire inférieure dont les mouvements subsistent, quoique limités, toute la partie antérieure de la tumeur est ébranlée. Le doigt introduit par la commissure gauche dans le sillon

gingivo-jugal, sent que la tumeur fait corps avec le maxillaire. Rien à l'intérieur de la bouche. On peut d'ailleurs l'explorer facilement.

La sensibilité, diminuée au point où la peau est encore intacte, est complètement abolie au niveau des bosselures.

Sur le front, au-dessus de l'œil gauche, il y a une petite fistule laissant écouler un liquide séro-purulent.

Depuis deux mois, la tumeur tend à gagner le côté droit. Si, du côté gauche, dans le creux sus-claviculaire, on sent un ganglion, du côté droit, en cette même région, on sent toute une masse ganglionnaire indurée. Pas de ganglions en d'autres régions. Malgré cela, malgré un amaigrissement prononcé, la malade a conservé l'appétit ; le sommeil est facile.

Rien à noter du côté des principaux viscères.

L'examen histologique, pratiqué par M. Darier, montre qu'il s'agit d'un cylindrome, c'est-à-dire d'un épithéliome adénoïde kystique avec végétations mucoïdes intra-cavitaires.

(Observation recueillie par M. MARCHAIS, interne du service.)

L'évolution de l'affection chez notre malade a été, on pourrait le dire, classique. Il faut remarquer cependant que son volume sort absolument des limites ordinaires, puisque celles-ci restent habituellement au-dessous du volume du poing.

Examen histologique, par J. DARIER.

A la demande de M. Du Castel, j'ai fait une biopsie à sa malade. Les deux nodules que j'ai excisés, et qui faisaient partie de la grande tumeur conglomérée de la face, se sont trouvés, à l'examen histologique, avoir une structure à peu près identique.

Il n'est pas nécessaire de faire une description détaillée de cette structure, car elle répond exactement à celle des *cylindromes*, tels que les a définis M. Malassez dans un travail très complet sur ce sujet (Sur le cylindrome; *Arch. de Physiologie*, 1883).

Il s'agit donc d'un épithélioma alvéolaire à cellules cylindriques ou polygonales, à stroma fibreux dont la plupart des alvéoles renferment à leur centre ces masses hyalines ou myxomateuses (corps oviformes de Robin) qui caractérisent cette espèce. Je rappelle que, d'après M. Malassez, la présence de ces masses hyalines dans les amas épithéliaux résulte de leur envahissement par une néoformation myxomateuse qui débute dans le stroma et végète secondairement dans les alvéoles où elle tend à remplacer le tissu épithélial.

De l'analyse des cas relativement nombreux que M. Malassez a rassemblés dans son travail, ressortent les données suivantes :

Les cylindromes siègent à la face dans la grande majorité des cas, forment des tumeurs arrondies, souvent lobulées qui dépassent rarement le volume d'un poing d'adulte, qui érodent volontiers les os et souvent soulèvent la peau avant de l'envahir et de l'ulcérer, qui ont une marche progressive pas très rapide, récidivent fréquemment après leur ablation, mais se généralisent rarement, ayant donc une malignité moyenne.

Ulcères phlébitiques.

Par M. GASTOU.

La malade que je présente a déjà fait l'objet d'une communication à la Société, dans la séance du 9 janvier 1896, sous le titre de : *Néphrite albumineuse, phlébite double, ulcérations ecthymateuses des jambes; gangrène symétrique superficielle des orteils survenue après une pneumonie; rétrécissement mitral; néphropathie familiale héréditaire.*

Laissant de côté l'altération rénale qui subsiste encore : les lésions cardiaques qui sont considérablement améliorées, je veux surtout attirer l'attention de la Société sur les lésions ulcéreuses des jambes que présente la malade.

Depuis un an ces ulcérations ne se sont aucunement modifiées, elles persistent avec les caractères qu'elles ont eus dès le début, et le traitement n'a pas eu sur elles grande action. Je dois dire que la difficulté de leur guérison est due en partie à ce que la malade se tient souvent debout. Je signalerai aussi un caractère particulier des réflexes rotuliens, que j'ai rencontré chez des malades atteintes de névrodermites ou d'autres affections névropathiques et qui existe très accentué chez cette malade : c'est un caractère d'exagération et de généralisation, tout à fait particulier qui détermine un mouvement saccadé, brusque des membres supérieurs et quelquefois de la tête, véritable mouvement de défense lorsqu'on vient à frapper le tendon rotulien.

Si je signale ce fait, c'est qu'il se rencontre souvent plus ou moins accentué chez les malades porteurs d'ulcérations analogues. Ce qui ferait croire que le système nerveux et le système vasculaire prennent une part égale dans leur production.

Ces ulcères, que j'appelle phlébitiques, dont M. le Dr Audelo nous a déjà montré des types et que M. le Dr Cormier vient d'étudier dans une thèse inaugurable faite dans le service de M. le Pr Fournier, ces ulcères, dis-je, se produisent sur des membres atteints de phlébites consécutives à des maladies infectieuses au premier rang desquelles est la fièvre typhoïde.

Leur aspect est tel qu'on peut en donner les caractères résumés toujours les mêmes. Les ulcères phlébitiques sont des ulcères siégeant sans systématisation, sans point d'élection, sur les membres inférieurs, principalement sur la jambe, épargnant le pied. Leur nombre est multiple, leurs dimensions variables, depuis une lentille jusqu'à la grandeur d'une pièce de 5 francs et quelquefois plus, lorsqu'il sont confluents. Leur forme est orbiculaire ou ovale, nettement des-

sinée ; elles ont l'aspect d'une cupule, d'un godet. Leurs bords sont saillants, formant un bourrelet blanchâtre, comme œdémateux, c'est un véritable ourlet, semblable comme coloration à la macération épidermique blanchâtre que produisent les pansements phéniqués. Ces bords surplombent les parois déclives de l'ulcère. Les ulcérations ne sont donc pas taillées à pic, mais en pente douce jusqu'au fond. Les parois et le fond sont formés de bourgeons charnus recouverts de pus ou de fibrine donnant l'illusion d'une fausse membrane. Tout autour des ulcères existe une zone pigmentée brunâtre qui entoure à la façon d'un anneau la lésion centrale.

Ces ulcères ne sont pas douloureux, il n'existe à leur niveau aucun trouble de sensibilité. Ils débutent souvent par une sorte de soulèvement bulleux qui s'ouvre et laisse à nu l'ulcère qui grandit et creuse en profondeur en même temps que ses bords se tuméfient. La moindre cause les provoque : le grattage, un traumatisme, et une fois produits, ils sont d'une chronicité désespérante. Fait négatif important : il n'y a pas de varices sur les membres qui en sont atteints, et on ne trouve chez les malades aucune tare syphilitique.

Il y a lieu, je crois, de placer à côté des ulcères variqueux les ulcères phlébitiques consécutifs à des phlébitides des membres d'origine infectieuse.

Éléphantiasis du bras gauche.

Par M. GASTOU.

La malade est entrée dans le service de M. le Dr Fournier pour une affection du bras remontant à quelques mois et survenue dans les conditions suivantes.

Pour guérir une toux continue, elle applique un vésicatoire sur le bras gauche. Ce vésicatoire reste en place plusieurs jours, et pour le maintenir, une bande fortement serrée est appliquée à la racine du bras, dans la région deltoïdienne. Bientôt survient un gonflement de la main, puis de l'avant-bras et enfin du bras.

Actuellement le bras gauche est environ le double du bras droit. Il est tuméfié jusqu'à la région deltoïdienne. La peau est lisse, dure, brillante, comme parsemée de petites saillies translucides. La pression ne détermine pas de godet, c'est un gonflement dur, scléreux et non un œdème.

La malade n'éprouve pas de phénomènes douloureux. Les ganglions axillaires gauches sont volumineux.

On note en outre de l'exophtalmie légère des deux yeux, une dimi-

nution de l'inspiration et de l'expiration du côté gauche de la poitrine et aux deux sommets des signes probables de tuberculose pulmonaire.

L'éléphantiasis du bras semble le résultat de phlébites et de lymphangites provoquées par la suppuration du vésicatoire, facilitées par la compression arrêtant le cours des circulations veineuses et lymphatiques et surtout aidées par l'état général de la malade qui est atteinte de lésions broncho-pulmonaires et d'hypertrophie des ganglions du médiastin de nature vraisemblablement tuberculeuse.

M. DARIER. — J'ai observé chez M. Besnier un fait d'ulcérations phlébitiques consécutives à la fièvre typhoïde et qui ont récidivé pendant six à huit mois.

M. BARTHÉLEMY. — J'ai vu à la suite de la fièvre typhoïde également des ulcérations semblables, se rapprochant de celles que produisent des gommes sous-cutanées.

Ecthyma scrofuleux (scrofulides cutanées).

Par M. GASTOU.

La malade que voici a déjà été présentée à la Société par M. Emery et par moi. Si j'avais choisi à ce moment le nom d'ecthyma scrofuleux, faute d'en avoir d'autre pour exprimer ma pensée, c'est que je voulais dire par ce mot scrofuleux, que les lésions présentées par la malade n'étaient pas de nature tuberculeuse, n'étaient pas des tuberculides.

On m'avait objecté que si la recherche du bacille de Koch avait été négative, si l'examen des coupes ne montrait pas de cellules géantes ou de tubercules miliaires, cela ne prouvait pas que la lésion n'était pas une tuberculide.

J'ai aussitôt inoculé un fragment de peau prise sur une des ulcérations de la malade, dans la cavité abdominale d'un cobaye. Depuis plus d'un mois que l'inoculation a été faite le cobaye n'a manifesté aucun symptôme apparent d'infection tuberculeuse : mieux que cela, il a gagné plus de 100 grammes.

Je sais qu'un cas ne prouve rien. Il s'agit simplement d'un fait d'attente. Le seul but de ma communication est de demander à la Société s'il n'est pas possible d'admettre, à côté des syphilides et des tuberculides, des scrofulides.

Les scrofulides ne seraient ni de la syphilis, ni de la tuberculose, mais quelque chose de tout à fait différent.

A côté de la tuberculose et de la syphilis il y aurait la scrofule.

J'avais émis l'opinion, que je crois cependant plausible et à démontrer du reste : que la scrofule ne serait que la manifestation, le reliquat éloigné d'infections successives ayant laissé l'organisme dans un état d'infériorité qui le rendrait propre à être envahi par la tuberculose.

A mon sens, les scrofulides seraient des ulcérations conséquence d'une véritable septicémie chronique : en quelque sorte des décharges cutanées toxi-infectieuses, traduisant l'infection et l'intoxication chronique, au même titre que les syphilides et les tuberculides traduisent la syphilis et la tuberculose.

J'ai employé le mot scrofule, pour l'opposer à la tuberculose et à la syphilis ; si le mot est mauvais, je crois néanmoins que les faits constatés n'en sont pas moins vrais et vraisemblables.

M. GALEZOWSKI. — Je ne puis pas m'associer à l'opinion émise par M. Gastou, qu'une affection qui n'a pas aucun signe de tuberculose doit être plutôt rapportée à la scrofulide. Or qu'est-ce que la scrofulose ? Déjà à la dernière séance j'ai soulevé cette question de la scrofulide dans la pathogénie oculaire, et j'ai cherché à démontrer qu'il n'y a pas de scrofulide, car cela ne signifie rien. Là où on a décrit des altérations scrofulieuses des yeux, j'ai trouvé, soit de la syphilis héréditaire, soit de la tuberculose, soit deux causes constitutionnelles réunies ensemble : syphilis et tuberculose réunies.

Dans d'autres cas il y a d'autres causes, telles que herpès fébrile ou autre.

Ainsi pour me résumer, je dirai que là où on trouve des lésions trop peu précises et qu'on ne connaît pas la cause, il faut chercher soit tuberculose, soit syphilis héréditaire en deuxième et même troisième génération ou encore plus éloignées. M. Fournier a montré combien il importe de chercher la syphilis héréditaire là où on rapportait la maladie à la scrofule. Je ne saurais trop répéter qu'il n'y a pas de scrofule ni dans la pathologie oculaire, ni dans d'autres parties du corps.

M. HALLOPEAU. — Je suis d'accord avec M. Gastou lorsqu'il attribue à ces éruptions une origine toxi-infectieuse, mais les appeler *scrofulides* serait revenir en arrière, car elles sont, selon toute vraisemblance, de nature tuberculeuse ; j'ai pu, en effet, trouver des signes de tuberculose dans tous les cas que j'ai observés. Si elles sont dues à l'action de toxines transportées loin de leur foyer d'origine, il n'est pas surprenant que leur inoculation ne donne aucun résultat et que l'on n'y trouve pas de bacilles.

M. VÉRITÉ. — Les mots arthritide, scrofulide peuvent être conservés en leur réservant une valeur d'attente.

M. BROcq. — Sans m'inscrire en faux nullement contre la théorie des tuberculides qui peut fort bien être vraie, je ferai observer à M. Hallopeau que le rôle des toxines dans le cas particulier n'est pas démontré expérimentalement et nous avons le droit de le considérer comme hypothétique.

M. DARIER. — Il est parfaitement exact que le mot tuberculide n'ajoute rien à nos connaissances sur les affections qu'il m'a semblé pouvoir grouper en leur donnant une étiquette commune. Mais il faut bien trouver un mot pour exprimer une idée qu'il peut être utile de rendre avec précision. Or le mot scrofulide est démonétisé, et n'a plus aucune signification nette. Je préfère celui de tuberculide qu'on peut définir en le proposant. Il a l'avantage de spécifier des rapports avec la tuberculose qui ne sont pas douteux.

M. HALLOPEAU. — L'intervention des toxines est tellement vraisemblable qu'elle approche de la certitude : comme nous l'avons montré maintes fois, elle rend compte de tous les faits et peut seule les expliquer ; elle a d'ailleurs sa démonstration dans les inoculations de tuberculine ; faut-il rappeler que Schweninger et Buzzi les ont vues provoquer une éruption de lichen scrofulosorum ?

M. BROCC. — Mais si les malades n'ont pas constamment une tuberculose viscérale, on ne peut admettre un rapport nécessaire des lésions cutanées et de la tuberculose.

M. HALLOPEAU. — La tuberculose est évidente neuf fois sur dix ; ne peut-on admettre qu'elle soit latente dans le dixième cas ? C'est là un fait banal dans l'histoire de la maladie.

Lichen circonscrit simple sans lichénification.

Par M. DANLOS.

Homme de 20 ans, sans antécédents morbides personnels ou héréditaires. L'affection a débuté il y a huit mois par des démangeaisons très vives au niveau de l'omoplate droite. Quinze jours plus tard, le malade s'examinant pour la première fois, remarqua une plaque éruptive grande comme une pièce de cinq francs. Depuis, le prurit a persisté et le placard a grandi en conservant son apparence primitive. Aujourd'hui c'est une plaque grande comme la main, bien limitée à sa partie interne, mais projetant en dehors des irradiations un peu diffuses vers l'aisselle et sur le bras. La surface est de teinte bistre et d'aspect chagriné à gros grains. Cette apparence résulte de l'existence d'une multitude de papules arrondies, hémisphériques, de la grosseur d'un grain de millet, siégeant au niveau des follicules pilosébacés (petit orifice au sommet). Ces papules absolument cohérentes, constituent par leur réunion la plaque éruptive. Malgré l'ancienneté du mal, nulle part, pas même au centre, elles n'ont fusionné pour constituer une plaque de lichénification, la peau est simplement un peu épaissie, mais sans quadrillage, et c'est là le caractère le plus

saillant qui distingue ce fait des cas ordinaires. Aucune lésion de grattage, rien sur les muqueuses, apparence un peu lymphatique, mais santé générale excellente.

Le prurit a un peu diminué depuis que le malade a été mis à l'usage de l'arsenic (arséniate de soude). L'affection semble en voie de régression.

Lichen annulaire ?

Par M. DANLOS.

Malade âgée de 46 ans, extrêmement nerveuse, sans hystérie proprement dite, mobile, inquiète, bizarre ; deux tentatives de suicide.

Antécédents héréditaires. — Père mort tuberculeux à 69 ans, une sœur tabétique.

Antécédents personnels. — Incontinence nocturne d'urine jusqu'à l'âge de quatorze ans. Deux fausses couches à 21 et 24 ans. Pas de syphilis. Menstruation régulière. Quelques attaques d'urticaire. Prurit cutané sans éruption ayant duré plusieurs mois, et disparu longtemps avant l'éruption actuelle. Toux sèche depuis plusieurs années ; aucun signe physique ou rationnel de tuberculose.

Il y a deux mois, quelques jours après la fin de ses règles, la malade fut prise de malaise général, fièvre, frissons (grippe?). C'est au décours de cette indisposition que sont apparues sur les genoux les premières traces de l'affection actuelle. Depuis, l'éruption a lentement augmenté sans douleur ni prurit.

Aujourd'hui elle occupe d'une manière presque exclusive les membres, principalement du côté de l'extension, maximum comme dans le psoriasis aux coudes et aux genoux, plis de flexion respectés. Mains, pieds, face, tronc absolument intacts, rien sur les muqueuses ; cependant depuis deux jours un peu de blépharo-conjonctivite à droite

La lésion élémentaire est au début une petite papule plate, dure et saillante, d'un rouge vif. Assez rapidement la papule grandit, s'étale et simultanément se déprime au sommet qui se décolore. Cette apparence est déjà très nette sur les éléments plus petits qu'une lentille. Ultérieurement la papule continuant à s'élargir devient un anneau grand comme une pièce de cinquante centimes ou d'un franc (coudes, bras), pouvant même présenter aux genoux quatre à cinq centimètres de diamètre. Cet anneau, parfaitement circulaire sur les éléments isolés, fait un relief très appréciable au-dessus de la peau voisine ; son épaisseur n'est guère que de deux à trois millimètres, sa consistance est ferme, sa couleur d'un rouge assez vif, sa surface lisse ne porte aucune trace de squames. La partie de tégument incluse dans l'anneau semble déprimée (niveau de la peau saine). Au début elle est couverte d'un épiderme plissé desséché, brunâtre, qui ne tarde pas à s'exfolier en petites écailles. L'exfoliation terminée, la peau sous-jacente paraît sur certains éléments finement quadrillée, sa

teinte est d'un blanc sale légèrement bistrée. On peut même se demander s'il ne se fait pas sur quelques points des macules très légèrement atrophiques. Quand on cherche à hâter l'exfoliation des plaques par le grattage, celui-ci semble douloureux (nervosisme ?) Sur les genoux et les coudes, certains éléments prennent par confluence des contours polycycliques. L'évolution d'une plaque isolée semble demander trois à quatre semaines. Quant à celle de la malade, elle ne semble pas encore enrayée, car depuis quelques jours la malade dit avoir remarqué de nouvelles papules sur les jambes. L'éruption ne détermine aucune sensation morbide. Pas de prurit. A part l'état nerveux, la santé général est bonne.

Une pommade résorcinée au vingtième a déterminé sur les anneaux, dès la première application, une modification de la couleur (passage au brun jaunâtre), un affaissement léger et surtout un quadrillage des plus nets.

Quelle est la nature de cette éruption ?

Au début, ayant cru remarquer quelques macules atrophiques, nous avons pensé à un *lupus érythémateux* disséminé ; mais l'absence d'un seul élément vraiment lupique, l'immunité de la face et des extrémités nous ont conduit à rejeter absolument cette hypothèse. La *sypphilis* ne peut être incriminée, car à défaut d'aveux ou d'antécédents, avec une éruption aussi étendue, on aurait affaire à une *sypphilis* récente, et l'examen des parties génitales, des aines, de la bouche et de la face n'aurait pas été négatif. Un *psoriasis annulaire* aurait présenté des squames sur l'anneau érythémateux, celui-ci aurait en outre une plus grande épaisseur, et la partie incluse n'aurait pas montré cette exfoliation tardive suivie d'un fin quadrillage, avec teinte bistrée et macules pseudo-atrophiques. L'*érythème multi-forme variété circinée* différerait par l'évolution et aussi par le siège (extrémités respectées). On aurait pu songer, la malade ayant fait usage du bromure, à une éruption médicamenteuse ; mais l'apparition presque continue de nouveaux éléments éruptifs en dehors de toute médication est contraire à cette hypothèse. En tenant compte de ce fait que la lésion originelle est très nettement une papule, que plusieurs éléments prennent dans leur décours un aspect quadrillé et une teinte légèrement pigmentée, nous serions assez disposé à faire rentrer ce cas dans le groupe des *lichens*, sans méconnaître qu'il ne paraît avoir qu'une analogie éloignée avec les formes aujourd'hui admises. (Moulage au musée.)

Psoriasis traité par l'acide cacodylique.

Par M. DANLOS.

X..., garçon marchand de vins, 21 ans, de bonne santé habituelle, sans

antécédents morbides personnels ou héréditaires. Entré à l'hôpital dans les premiers jours de novembre, pour un psoriasis qui a débuté il y a deux ans par les jambes et s'est graduellement généralisé. Maximum de l'éruption aux lieux d'élection et à la tête. Il n'a été fait aucune application externe, sauf quelques bains de propreté et deux onctions de vaseline faites par erreur. La médication a consisté exclusivement dans l'administration de doses croissantes d'acide cacodylique neutralisé. Sous cette influence le psoriasis est entré graduellement en régression, et depuis un mois l'éruption ancienne n'existe plus qu'à l'état de traces maculeuses à peine visibles. Une poussée secondaire développée au cours du traitement est restée très discrète, mais s'est montrée plus rebelle que la première : aujourd'hui elle se voit sous forme de taches couvertes d'écailles nacrées presque dépourvues de base congestive. Du 7 au 18 novembre l'acide cacodylique a été administré en injections hypodermiques au centième, à la dose quotidienne de 15 centigrammes. Du 22 novembre au 29 janvier la dose a été portée d'abord à 30, puis 40, 50 et 60 centigrammes. Comme il était impossible d'administrer de pareilles quantités en injections hypodermiques, le médicament a été pris sous forme pilulaire (acide cacodylique cinq centigrammes, extrait de gentiane 10 centigrammes par pilule). Enfin depuis le 3 février jusqu'au jour de la présentation, le malade a pris en potion, alcoolisée et menthée pour masquer le goût de la préparation, 75 centigrammes d'acide par jour. L'acide cacodylique renfermant plus de 54 p. 100 d'arsenic, ces doses évaluées en arséniate de soude représenteraient un minimum de 34 centigram. et un maximum d'un gramme 687 milligram. par jour. Malgré toute vraisemblance, ces quantités ont été parfaitement supportées. Il n'y a eu ni malaise général ni trouble gastrique ou nerveux, ni pigmentation ou kératose de la peau. Le seul inconvénient de la médication a été une odeur alliagée de l'haleine, perceptible surtout quand le malade prenait des pilules, et plus désagréable pour les voisins que pour le patient lui-même. Cette odeur alliagée ne se retrouvait pas dans l'urine.

Un autre malade psoriasique, soumis à la même médication, à dose un peu moindre (maximum 50 centigr.), a quitté le service pour aller dans son pays tirer au sort, après six semaines de traitement purement interne, en état de guérison presque complète. Chez lui comme chez le précédent, c'est d'abord au cuir chevelu que l'amélioration a été perceptible, et elle a porté beaucoup plus rapidement sur la base congestive de la plaque psoriasique que sur l'élément exfoliation. Chez ce malade aussi, le seul inconvénient a été l'odeur alliagée de l'haleine ; elle était même beaucoup plus prononcée que chez le premier.

L'intérêt de cette communication est moins dans le fait de la guérison de ces deux cas de psoriasis, guérison qui pourrait à la rigueur être de pure coïncidence, que dans la démonstration du peu de toxicité de l'acide cacodylique, malgré sa richesse en arsenic ; fait sur lequel j'ai déjà appelé l'attention dans une communication antérieure et que j'ai eu occasion de vérifier plusieurs fois.

Note sur un nouveau cas de lichen plan buccal en pains à cacheter et en stries étoilées.

Par M. HALLOPEAU.

Nous nous sommes efforcé d'établir, dans une communication faite en commun avec M. Schröder, que les caractères objectifs du lichen plan buccal permettent d'en faire le diagnostic en l'absence de toute altération cutanée concomitante ; le fait que nous avons l'honneur de signaler aujourd'hui à la Société vient confirmer cette manière de voir, car on y retrouve les *mêmes caractères, que nous considérons comme pathognomoniques, des lésions buccales en même temps qu'une éruption typique de lichen plan sur les membres et sur le tronc.*

L'histoire de la malade peut être résumée ainsi qu'il suit :

Antoinette H..., Agée de 29 ans, a constaté, il y a plusieurs mois, la présence d'une éruption très peu abondante sur diverses parties de son corps : elle a persisté, depuis lors, sans se modifier notablement ; sur le dos de la main droite, on voit une papule de lichen nettement caractérisée par son aspect brillant et ses contours polygonaux, ses stries opalines et ses dépressions ponctiformes ; sur la région abdominale, à gauche, près de la ligne médiane, au-dessus du nombril, on trouve un petit groupe d'éléments semblables ; de même des plaques typiques de lichen plan existent dans les creux poplités ; il n'y en a qu'une à droite et deux dont une très petite à gauche ; l'éruption cutanée est donc remarquablement discrète.

La muqueuse buccale est plus intéressée : sur le dos de la langue, dans sa moitié gauche, tout près de la ligne médiane, se détache une large plaque ovalaire, dont l'aspect rappelle tout à fait celui d'un pain à cacheter ; elle mesure environ 1 centim. et demi d'avant en arrière sur 8 millim. dans son plus grand diamètre ; sa couleur est blanche, mais mate, non nacrée ; elle est surmontée, par places, de papilles qui ont gardé la couleur jaune brunâtre qu'elles présentent sur les parties voisines de la langue ; sur une petite partie seulement de cette plaque, on voit ces saillies échappées à la dépapillation ; la plaque présente, dans sa partie médiane, une légère dépression, sous forme d'un petit sillon légèrement flexueux ; il est entouré d'un petit nombre de végétations blanches miliaires : la plaque est légèrement surélevée ; elle est limitée par un rebord net où la couleur blanche fait place à une mince zone érythémateuse ; dans son ensemble, elle est résistante au toucher. Sur le dos de la moitié droite de la langue, existe une plaque de même couleur, mais mesurant seulement les dimensions d'un grain de chènevis. A la partie interne de la joue gauche, dans l'espace intermaxillaire, au niveau des premières grosses molaires, on note la présence d'un groupe de plaques blanchâtres, arrondies ou allongées d'avant en arrière ; elles ne forment pas de saillie appréciable ; elles sont constituées surtout par des stries anastomosées qui, en certains

points, deviennent confluentes et donnent ainsi à la surface de la plaque un aspect uniforme ; sur d'autres plaques, elles irradiant d'un point central vers la périphérie, figurant ainsi une étoile ; d'autres enfin sont ponctiformes et un peu saillantes ; une de ces saillies est entourée, à distance, d'une strie annulaire. Sur la muqueuse de la joue droite, les altérations sont moins avancées ; les dimensions des saillies blanchâtres ne dépassent guère celles d'un grain de chènevis.

L'éruption buccale est absolument indolente, comme il est de règle en pareil cas.

Sur la surface cutanée, les lésions des creux poplités seules sont légèrement prurigineuses ; la malade éprouve en outre, les jours qui précèdent les règles, des sensations prurigineuses qui se localisent surtout dans le haut des bras et ne semblent avoir rien à faire avec le lichen.

Les lésions buccales chez cette femme, sont tout à fait semblables à celles que nous avions notées chez le malade que nous avons présenté avec M. Schröder : ce sont, sur le dos de la langue, les mêmes placards d'un blanc mat, offrant l'aspect de pains à cacheter blancs, et, sur la face interne des joues, les mêmes plaques constituées exclusivement par des stries opalines, isolées ou confluentes ; mais, tandis que, chez notre premier malade, il n'y avait d'autre altération cutanée concomitante qu'une plaque douteuse sur le gland, nous avons ici au contraire des manifestations typiques, bien que très peu abondantes, en différentes parties du corps. Nous persistons à considérer ces lésions buccales comme pathognomoniques ; nous ajouterons même que *les plaques en pains à cacheter sont, contrairement à notre première impression, d'une valeur égale à celle des plaques striées* ; ce sont elles, en effet, qui, lorsque nous avons invité la malade à ouvrir la bouche, nous ont fait de suite penser qu'il s'agissait d'un lichen de Wilson ; elles diffèrent des plaques de leucoplasie par l'absence des reflets nacrés et la forme régulièrement ovale qu'elles présentent, ainsi que par l'absence des sillons quadrillés ; elles diffèrent des plaques muqueuses par l'absence de tout processus ulcéreux, par leur coloration d'un blanc mat, par les petites végétations miliaires opalines et dures que l'on remarque à leur surface, par leur persistance pendant des mois sans se modifier. Pour ce qui est des plaques des joues, nous ne reviendrons pas sur la signification décisive qu'offrent, au point de vue du diagnostic, les stries diversement disposées qui les constituent.

Nous signalerons de nouveau, comme un argument contre la théorie tropho-névrotique, l'absence de toute sensation anormale dans la cavité buccale.

Les faits que nous venons d'exposer viennent confirmer les conclusions formulées dans notre communication avec M. Schröder ; ils permettent d'y ajouter que *les plaques en pains à cacheter caractérisent aussi nettement que les plaques striées le lichen plan buccal et qu'elles suffisent à en assurer le diagnostic.*

Sur un érythème provoqué par l'ichthyol au pourtour de placards d'eczéma avec persistance d'une zone décolorée en leur voisinage immédiat.

Par MM. H. HALLOPEAU et WEIL.

L'un de nous a communiqué, en 1881, à la Société de biologie, sous le titre de : *Note sur l'interprétation physiologique d'un érythème artificiel*, un travail dans lequel il a établi que, dans l'aréole provoquée autour de plaques de psoriasis par les frictions sur ces plaques avec une pommade pyrogallique à 1/10, il reste à leur voisinage une zone décolorée; celle-ci dessinait un cercle parfait quand la plaque était nummulaire ou circonnée; dans ce dernier cas, on voyait dans l'aire circonscrite par la lésion, un second cercle qui lui était concentrique et en était également séparé par un intervalle non coloré.

Le fait que nous avons l'honneur de vous signaler aujourd'hui montre que des phénomènes identiques peuvent être provoqués par une légère pommade à l'ichthyol autour de placards d'eczéma.

Notre observation peut être résumée ainsi qu'il suit :

S..., âgé de 52 ans, est soigné depuis quatre mois dans notre service pour un eczéma nummulaire distribué sur toute la surface du corps avec de larges intervalles de peau saine; il a été traité successivement, sans grand succès, par les pommades à l'oxyde de zinc salicylé, et plus tard par celle à l'huile de cade suivant la formule de Veiel; ces applications ont été d'ailleurs bien supportées.

Le 22 janvier, une couche légère d'une pommade contenant 1 p. 100 d'ichthyol incorporé dans de la vaseline est étendue sur chacun des placards; le lendemain ce même topique est de nouveau appliqué; le troisième jour, une réaction vive se produit, les placards eczémateux ont pris une couleur d'un rouge vif en même temps qu'ils sont devenus douloureux; la même rougeur a envahi les intervalles de peau saine, bien qu'ils n'aient pas été directement soumis à l'action du médicament; la peau cependant reste décolorée dans des zones d'environ 5 millim. de diamètre autour de chaque placard; depuis lors, ces phénomènes se sont atténués, mais ils sont encore nettement appréciables sur le tronc.

Ce fait nous paraît digne d'intérêt à deux points de vue : il montre, d'une part, que l'ichthyol, généralement bien toléré par le tégument externe à doses énormes (jusqu'à 50 p. 100), peut, chez un sujet prédisposé, provoquer, à dose minime (1/100), la même coloration érythémateuse au niveau des parties malades sur lesquelles elle est appliquée et aussi sur les parties saines qui les séparent, comme le font les pommades pyrogalliques et chrysophaniques; d'autre part, que les plaques d'eczéma se comportent à cet égard comme celles de

psoriasis, en ce sens qu'elles empêchent, comme elles, la coloration érythémateuse de se produire dans leur voisinage immédiat, de telle sorte que chacune d'elles reste entourée d'une zone décolorée. Selon toute vraisemblance, l'excitation, par l'inflammation eczémateuse, des terminaisons sensibles exerce sur les vaso-moteurs de la zone périphérique une action qui les empêche de prendre part à la vasodilatation, soit qu'elle excite les vaso-constricteurs, soit qu'elle exerce une inhibition sur l'action vaso-dilatatrice.

Pour ce qui est de l'interprétation physiologique de ces érythèmes médicamenteux, l'un de nous a invoqué antérieurement l'excitation réflexe des vaso-dilatateurs ; nous croyons aujourd'hui devoir admettre surtout une excitation de ces nerfs par le médicament résorbé, en même temps qu'une idiosyncrasie de nature indéterminée impliquant une intensité anormale dans la mise en jeu de ces actions vaso-dilatatrices.

Syphilis sénile. Exostoses extrêmement multipliées. Polyarthrites spécifiques. Subluxation des deux tibias en arrière sur les fémurs. Amyotrophie considérable. Cachexie.

Par M. le professeur FOURNIEU.

Voici un malade, un vieillard qui a eu le malheur de contracter récemment la syphilis, et chez lequel l'affection a revêtu une forme des plus curieuses, celle d'une véritable diathèse osseuse, généralisée. Elle s'est traduite par des exostoses du métatarse, du tibia, du péroné, du métacarpien, du radius, de l'os frontal. Simultanément se sont développés de graves troubles articulaires, une amyotrophie, qui pour M. Gilles de la Tourette offre les caractères d'une atrophie myélopathique, et un état de cachexie profonde.

Je dois dire que le traitement exerce chez ce malade une action des plus manifestes. Il ne pouvait marcher à son entrée, et maintenant il fait quelques pas. Déjà les exostoses ont diminué de volume.

(Observation recueillie par M. LESNÉ, interne du service.)

M..., 63 ans, cantonnier, entre salle Saint-Louis le 30 janvier 1897, où il occupe le lit n° 2.

Cet homme n'a jamais été malade avant 1894 ; dans le cours de cette année (il y a donc deux ans et demi) il a été traité à Ricord pour un chancre syphilitique de la verge.

Le traitement (pilules, sirop et piqûres) n'a été régulièrement suivi qu'un temps assez court. Au mois d'août 1896, le malade entre à Beaujon pour une « tumeur » occupant la partie latérale droite du front ; incision, suture et sortie quarante jours après.

Il reprend alors son travail, mais est bientôt obligé de l'interrompre ; car il souffre des genoux et du talon droit. Un abcès (?) se serait alors formé à ce niveau. Il retourne se faire traiter à Beaujon et reste à l'hôpital trois mois et demi.

Il y a dix jours, il va consulter au même hôpital et est envoyé à Saint-Louis pour exostoses multiples et cachexie.

Et, de fait, ce qui frappe tout d'abord c'est l'*état cachectique* du malade : le teint est plombé, le regard atone, l'amaigrissement extrême et généralisé, les masses musculaires sont molles et très diminuées de volume. Aussi la marche est-elle impossible, les jambes fléchissent sous le poids du corps.

Ce qu'on remarque aussi, ce sont des altérations ostéo-articulaires généralisées.

Ces accidents auraient débuté au mois d'août 1896 par le membre supérieur droit, et auraient frappé ensuite (septembre, octobre et novembre) les membres inférieurs. C'est depuis cette époque que la marche est impossible.

Le pied droit est augmenté de volume, œdématié. Tout le métatarse est hypertrophié, et il existe une exostose volumineuse au niveau de l'extrémité postérieure du cinquième métatarsien.

Des lésions semblables existent à gauche, mais moins marquées.

Deux exostoses sur le tibia droit, l'une à la partie inférieure et l'autre à l'union des 1/3 moyen et supérieur (bord antérieur et face interne). La tête des deux péronés est hypertrophiée. Exostose nouvelle à la partie moyenne du tibia gauche (bord antérieur et face interne).

Vers les mois de septembre, octobre, les deux genoux ont été gros et douloureux. Cette douleur était si vive que le malade la compare à une brûlure par des charbons enflammés.

Il y a actuellement une *subluxation bilatérale du tibia* en arrière, très marquée à gauche, un peu moins accentuée à droite.

Les extrémités fémorale et tibiale sont hypertrophiées ; le genou gauche est encore volumineux, mais indolore, et il y a de l'empâtement, de l'induration profonde de la face antérieure de l'articulation, de chaque côté de la rotule.

Les fémurs sont normaux.

Du côté des membres supérieurs les altérations sont aussi très marquées.

La main droite est épaisse, les deuxième et troisième métacarpiens sont hypertrophiés en totalité et présentent une hyperostose au niveau de leur extrémité inférieure. La face dorsale de cette main présente un empâtement diffus, dû probablement, outre les altérations périostées, à un épaississement des gaines des extenseurs ; en effet, les mouvements spontanés d'extension de l'index et du médus sont difficiles. Quant aux mouvements de flexion de ces mêmes doigts, ils sont très peu étendus, car les articulations des phalanges sont presque ankylosées, soit du fait de l'inactivité des doigts, soit par arthrite spécifique.

Ces mêmes mouvements de flexion provoqués sont douloureux et amènent des craquements dans les articulations des phalanges.

Au niveau de son extrémité inférieure et le long de son bord interne, le cubitus droit présente deux nouvelles exostoses.

Il y en a une aussi au niveau de l'insertion deltoïdienne sur l'humérus de ce côté, et en ce point, on rencontre une petite tumeur fibro-cartilagineuse sous-cutanée, légèrement adhérente à la peau.

Exostose du radius gauche, à l'union des 1/3 inférieur et moyen, remontant seulement à un mois, douloureuse au palper, et enfin exostose de l'humérus gauche semblable à celle du côté droit.

La partie droite du frontal présente une cicatrice au-dessous de laquelle l'os est déprimé. De chaque côté, au-dessus des bosses pariétales, on sent deux saillies longitudinales, irrégulières, osseuses, courbes en bas, presque symétriques, et qui ne correspondent pas à une suture.

En dehors de ces lésions ostéo-articulaires le malade ne présente rien dans la bouche, et n'a pas d'adénopathie cervicale. Il porte sur le côté gauche du cou une lésion large comme une pièce de 50 centimes, squameuse, parcheminée à sa base, syphilitique d'aspect.

La peau est pigmentée, squameuse par places, lisse en d'autres points.

La température est normale.

La langue est saburrale, l'inappétence marquée; le foie et la rate ont leur volume normal.

L'auscultation du poumon révèle quelques râles muqueux disséminés et sous-crépitaux fins aux deux bases.

Les artères sont dures, sinueuses, les battements cardiaques réguliers, le second temps seul est clangoreux à la base.

Les urines sont émises en quantité normale, et ne contiennent ni albumine, ni sucre; cependant le malade présente de la pollakiurie et pisse plusieurs fois dans la nuit.

On institue dès le lendemain de l'entrée le traitement suivant : KI 2 gr. par jour.

Une injection de 0 gr. 03 de calomel par semaine.

Potion de Todd.

8 février. L'état général s'est déjà amélioré, le malade a de l'appétit et commence à marcher, les exostoses diminuent.

Nouvel exemple de stomatite intense et tardive compliquée d'hématémèses et de méléenas à la suite d'injections de mercure insoluble. Tuberculose pulmonaire finale.

Par M. ALEX. RENAULT.

Messieurs, vous avez sans nul doute très présente à l'esprit l'histoire de la campagne menée, par plusieurs de nos collègues les plus distingués de cette société, à la fin de l'année 1895, et dans les premiers mois de 1896, en faveur du traitement de la syphilis par les injections de mercure insoluble. Les communications d'alors ont permis de

constater l'existence de deux camps, nettement tranchés ; dans l'un, les partisans convaincus des sels insolubles, ordonnés en principe contre la syphilis, tels que MM. Feulard, Le Pileur, Thibierge et Jullien ; dans l'autre, je ne dirai pas les adversaires, et encore moins les détracteurs, mais, si je puis m'exprimer ainsi, les opportunistes de cette médication, représentés par MM. Fournier, Mauriac, Besnier, Barthélemy, Verchère et Portalier.

La discussion, très intéressante d'ailleurs, n'aboutit pas et ne pouvait aboutir à des conclusions fermes. La question était et est encore à l'heure actuelle trop nouvelle, à telle enseigne que notre honorable président, M. Besnier, souhaitant une enquête plus longue et plus approfondie, ne crut pas devoir appuyer la proposition de M. Brocq, tendant à la nomination d'une commission chargée d'éclairer les praticiens et de rédiger à leur intention une sorte de code des injections de mercure insoluble.

J'estime donc que le devoir de chacun de nous est d'apporter ici les faits, tant favorables que défavorables, qui permettront à un moment donné, soit de généraliser définitivement la méthode, soit au contraire de la restreindre à des cas spéciaux que la pratique apprendra à préciser.

Conformément à ce programme, j'ai eu l'honneur de vous lire, à la séance du 12 avril 1894, de la Société dermatologique, une observation de stomatite mercurielle, extrêmement intense, survenue plus d'un mois après une dernière injection d'huile grise.

Permettez-moi de vous en rapporter une seconde, plus grave encore que la précédente par sa persistance et surtout par les accidents qui l'ont accompagnée et suivie (1).

C. R..., âgée de 23 ans, entre à l'hôpital Broca, salle Fracastor, B, le 1^{er} juillet 1896. C'est une fille vigoureusement constituée.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Dans l'enfance, aucun signe de scrofulo-tuberculose. Chez notre malade, cette particularité a de l'importance.

Réglée à 12 ans ; depuis cette date les époques ont toujours été régulières.

Grossesse à 16 ans ; présentation par le siège et enfant mort-né.

Peu de temps après cet accouchement, la malade vient une première fois à l'hôpital Broca se faire soigner d'une métrite-salpingite ; elle sort au bout de quelques semaines très améliorée.

En 1895, au mois de juillet, R... prend la syphilis :

Chancre, syphilides papulo-érosives confluentes à la vulve, papules à la paume des mains, croûtelles au cuir chevelu, alopecie, syphilides palatines et amygdaliennes, céphalée violente, rien n'y manque. Le larynx même

(1) Observation, recueillie par M. MANNONI, externe du service.

n'est pas épargné et la voix, rauque d'abord, s'éteint bientôt à peu près complètement.

C'est alors qu'elle va trouver un de nos collègues de Saint-Lazare, M. le Dr Le Pileur, qui fait en un mois quatre injections d'huile grise, une par semaine.

Résultat excellent : après la 4^e injection, la voix est revenue et les autres accidents se sont complètement effacés.

Néanmoins, peu reconnaissante envers son médecin et suivant le conseil d'une de ses amies, la malade, quoiqu'indemne d'accidents, s'adresse à un autre chef de service de Saint-Lazare, M. le Dr Chéron, qui, dans un but vraisemblablement préventif, pratique pendant quatre mois une injection de calomel par semaine.

Au cours de ce traitement, d'après la malade, les ongles des doigts et des orteils se fendillent.

Elle retourne alors chez M. Le Pileur, qui croit utile de revenir aux injections d'huile grise et en fait une nouvelle série de quatre, à raison d'une par semaine, la dernière vers le 15 mai 1896.

Le fendillement des ongles s'arrête et la malade, complètement débarrassée de ses accidents, se sentant d'ailleurs très bien, cesse tout traitement.

Le 1^{er} juillet, C. R... entre à l'hôpital Broca, accusant des douleurs très vives dans l'abdomen, douleurs, dit-elle, qui persistent depuis 12 jours environ.

Le surlendemain survient une métrorrhagie abondante, accompagnée de gros caillots. La perte continue pendant quelques jours et les douleurs se calment.

Le 4, c'est-à-dire plus d'un mois et demi après la dernière injection d'huile grise, la malade se plaint de souffrir de la bouche.

En examinant la cavité buccale, on découvre des plaques blanc grisâtre, multiples, tapissant les gencives, le voile du palais, la langue et s'étendant même jusqu'à l'isthme du gosier.

C'était le début d'une stomatite effroyable, dont je ne m'attarderai pas à vous décrire les symptômes, que vous connaissez mieux que moi.

Je vous demande seulement la permission de signaler quelques particularités, qui feront mieux comprendre les troubles graves de la santé, advenus au moment de la convalescence.

D'abord, il y avait une telle constriction des mâchoires, que la malade pouvait à peine desserrer les dents.

La langue, collée contre le plancher de la bouche, était absolument immobile, d'où impossibilité d'articuler les mots et de communiquer ses impressions autrement que par des signes de détresse.

Il était aisé de comprendre, aux contorsions du visage et à la position des mains, appliquées le long des tempes, que des douleurs insupportables, nées de la gorge, irradiaient vers les oreilles.

Ai-je besoin d'ajouter que la déglutition presque impossible ne permettait à la malade d'avaler que quelques gorgées de lait avec la plus extrême difficulté.

Aussi l'amaigrissement et la faiblesse ne tardèrent-ils pas à prendre des proportions inquiétantes.

Pendant quinze jours, l'état persista à ce degré de gravité malgré la médication la plus active. Il n'est même pas inutile de faire remarquer le faible pouvoir de nos moyens d'action, quand la stomatite atteint pareille intensité.

C'est le 19 que la malade sentit une amélioration. Les mâchoires commencèrent à s'écarter un peu l'une de l'autre ; la langue put se mouvoir légèrement, et l'articulation de quelques mots, s'accomplir ; en même temps, la salivation était moins abondante et l'état général meilleur.

L'examen de la cavité buccale, presque impossible auparavant, permettait de constater des détritits blanc grisâtre, recouvrant la langue, le voile du palais, les amygdales et même le fond de la gorge.

Cet amendement des symptômes faisait espérer une guérison prochaine, lorsque le lendemain, 20 juillet, C. R..., qui, les jours précédents, avait eu déjà quelques hématomèses légères, éprouve des douleurs très vives dans l'estomac et les entrailles et remplit, en allant à la garde-robe, environ deux vases de sang.

Le poulx devient misérable, la pâleur extrême et la malade perd trois fois connaissance dans la même journée.

Le 21. Nouveau melæna, moins abondant heureusement que la veille.

Les jours suivants, le sang ne reparait plus dans les selles ; la malade reprend quelques forces, en même temps que s'améliore l'état de la bouche et que l'appétit renaît. Fâcheusement, l'alimentation continue à être très difficile et, partant, insuffisante. R... ne peut ingérer que du lait et des panades.

Le 24. Elle est prise de fièvre ; la température s'élève le soir à 38°,5 et atteint graduellement, le 30 juillet, le chiffre de 39°,7. En même temps, sueurs profuses pendant la nuit, toux sèche, presque continuelle ; amaigrissement prononcé. En auscultant la poitrine, on perçoit à droite et au sommet une expiration prolongée et légèrement soufflante.

Pendant le mois d'août, les signes de la stomatite s'effacent peu à peu ; la bouche se déterge ; la salivation disparaît ; la parole redevient facile. L'état général s'amende également.

Le 1^{er} septembre, la malade quitte l'hôpital, guérie de sa stomatite, mais conservant ses lésions pulmonaires.

J'ai eu l'occasion de la revoir au mois de novembre ; elle a engraisé et repris des forces. La phlegmasie buccale n'a pas laissé de traces. Mais au sommet du poumon droit, on perçoit, surtout par la toux, de petits craquements secs, qui indiquent une tuberculose en puissance.

Il est difficile de ne pas rattacher à une seule et même cause les accidents redoutables qui se sont déroulés chez notre malade. Au premier acte de ce drame morbide, nous voyons la stomatite ; au second, les hémorragies gastro-intestinales ; au dernier, la tuberculose.

Pourra-t-on objecter que la phlegmasie buccale a été la résultante de conditions défectueuses, suffisantes pour faire exclure d'emblée l'emploi des injections mercurielles, à savoir : gencives en mauvais

état, dents altérées, lésions organiques quelconques et principalement imperfection du filtre rénal, état cachectique enfin. Rien de tout cela ne peut être invoqué. La malade est jeune; antérieurement à la syphilis, sa santé n'avait subi aucune atteinte sérieuse. Ses urines, examinées avec soin, ne présentaient pas trace d'albumine; le foie était intact. La dépuración de l'organisme pouvait donc s'effectuer sans entrave, et il a fallu assurément la pénétration subite dans le torrent circulatoire d'une dose énorme de matière toxique pour expliquer la violence et la brusquerie des accidents.

Bref, nous nous sommes trouvé en présence d'une intoxication mercurielle aiguë. La stomatite a ouvert la scène. Puis, le poison, continuant ses effets corrosifs sur la muqueuse gastro-intestinale, a produit des ulcérations qui ont amené les hématomésés et les mélénas dont nous avons été témoin.

Tous les auteurs ont signalé la production de ces pertes de substance, consécutives à des plaques gangréneuses dans l'empoisonnement aigu par le mercure. Ces lésions ont en outre été démontrées expérimentalement par MM. Pilliet et Cathelineau dans leurs recherches sur les doses minima de sels de mercure capables de causer la mort du chien. Tout dernièrement encore, dans une observation fort intéressante publiée par M. le Dr Richardière (*Union méd.* des premiers jours de décembre 1896), nous trouvons, décrites à l'autopsie, des ulcérations et des eschares multiples de l'intestin, à propos d'un empoisonnement volontaire par le sublimé.

Cette prédilection des lésions pour la portion sous-diaphragmatique du tube digestif s'explique aisément depuis que l'on connaît les recherches de Ludwig et Zillner, consignées dans *Wiener klin. Wochens.* de 1890. Ces auteurs ont en effet établi que dans l'intoxication mercurielle très rapide, la quantité la plus abondante du poison se trouve dans l'intestin grêle.

Doit-on encore rapporter au mercure les accidents pulmonaires de la fin? Cette hypothèse est parfaitement rationnelle. Notre malade est restée plus d'un mois sans pouvoir s'alimenter. Est-il surprenant après cela, malgré sa vigoureuse constitution, malgré l'absence d'antécédents tuberculeux dans sa famille, que le bacille ait envahi ses poumons. Tous les jours, nous voyons la phtisie éclater dans de pareilles conditions. L'inanition a rendu le terrain propice à la culture du microbe. Mais l'inanition doit-elle être seule invoquée, l'hydrargyre n'a-t-il pas aussi exercé son action?

M. Hallopeau nous apprend dans sa thèse d'agrégation que Mayr à Fürth et Küssmaul à Erlangen ont constaté la fréquence plus grande de la phtisie chez les ouvriers travaillant le mercure, que dans les autres classes de la population. Il ne faut pas en conclure, ajoute M. Hallopeau avec raison, que le mercure engendre directe-

ment cette maladie; il y prédispose en abaissant les forces vitales et en diminuant la résistance à l'invasion bacillaire. Küssmaul, frappé par les accidents dyspnéiques qui éclatent parfois chez les ouvriers, fait jouer un rôle important à l'inertie des muscles respiratoires sous l'influence de l'intoxication hydrargyrique.

Quoi qu'il en soit de la pathogénie, le fait existe et mérite d'être signalé.

On ne saurait trop le redire, ce qui fait le danger des injections de mercure insoluble, c'est l'emménagement possible du médicament et la décharge brusque, à un moment donné, d'une dose toxique, décharge que toutes les précautions et toute l'habileté de l'opérateur ne peuvent ni prévoir, ni enrayer. Or, ce séjour dans l'organisme de l'hydrargyre peut être extrêmement long, puisque M. Jullien, un des partisans les plus autorisés de la méthode, nous apprend que Frolov, au bout de 3 ans et demi, a rencontré des nodules suintants à réaction mercurielle et que lui-même est arrivé à semblable constatation chez un lapin auquel il avait pratiqué, 18 mois auparavant, une injection calomélique.

On m'objectera sans doute, comme par le passé, que les accidents sont tout à fait exceptionnels. Je m'empresse de le reconnaître, et j'ajoute que nous sommes heureux d'avoir en main contre les syphilis malignes ou les accidents rebelles à toute autre médication, une arme qui en maintes circonstances a démontré sa supériorité, mais dont les contre-coups peuvent aussi être terribles. Hormis les cas précédents, je ne puis donc m'empêcher de protester contre l'usage de cette arme dans la très grande majorité des syphilis, rendues bénignes par le traitement interne, dans leurs symptômes et leur évolution. Si la méthode des injections insolubles entrainait dans la pratique courante, étant donné qu'elle nécessite un outillage soigné et des précautions antiseptiques importantes, on verrait à coup sûr les accidents se multiplier au grand détriment et sans bénéfice bien réel pour les malades. Car si nous en croyons la statistique d'Heilmann, la seule qui ait été faite à notre connaissance sur les résultats des divers traitements mercuriels, nous voyons, en faveur des injections insolubles, une abréviation de 10 jours dans la durée des accidents. Ce léger avantage vaut-il la peine de faire courir aux malades des risques graves, tant qu'il ne sera pas prouvé que la méthode a des vertus préventives supérieures aux autres. Or, jusqu'ici les faits ne répondent malheureusement point à cette heureuse conception. Il n'est assurément personne d'entre vous qui n'ait observé des accidents graves, soit peu de temps après la cessation des injections, soit dans le cours même de leur application.

En conséquence, dans l'état actuel de la science, le terme « méthode d'exception » est celui qui convient le mieux à l'emploi des injections de mercure insoluble.

Éruption ano-vulvaire peut-être de nature syphilitique chez une enfant atteinte d'hydrocéphalie et de malformations multiples.

Suite de l'observation de l'enfant présentée à la séance de novembre 1896, par M. DU CASTEL, et continuée à la séance de décembre, par M. FEULARD.

Mort de l'enfant, résultats de l'autopsie, par M. MARFAN.

M. FEULARD. — Vous vous souvenez de l'enfant qui vous fut présentée il y a deux mois et à propos de laquelle une discussion importante eut lieu sur la nature de l'éruption ano-vulvaire dont elle était atteinte, les uns tenant pour une éruption syphilitique, les autres pour une éruption syphiloïde. Je vous ai déjà rapporté comment, traitée par les moyens simples et mise à l'abri des souillures qu'entraînait l'incontinence des matières, cette éruption avait rapidement disparu des parties génitales, mais persisté à l'anus qu'il était impossible de protéger contre l'irritation.

Cette enfant a succombé dans le service de M. MARFAN, où elle avait été admise, à la suite d'accidents gangréneux, ayant débuté au niveau du spina-bifida.

M. MARFAN m'a chargé de vous transmettre les résultats de l'autopsie, qui n'a révélé chez cette fillette aucun signe viscéral de syphilis.

Autopsie, par M. le D^r MARFAN.

Taille, 65 centimètres. Périmètre crânien, 63 centimètres.

Cerveau. Après l'ouverture du crâne, on constate qu'il n'existe pas d'hydrocéphalie extra-ventriculaire. Les circonvolutions cérébrales, flasques, molles et pâles, un peu dépliées, sont recouvertes par une pie-mère très œdémateuse (aspect légèrement gélatiniforme).

Sur la face externe de l'hémisphère gauche, à la partie supérieure du lobe pariétal, près de la scissure inter-hémisphérique, il existe une perforation, ou du moins une absence de substance cérébrale, de sorte que la pie-mère externe et l'épendyme sont adossés et soudés sous forme d'une membrane transparente; cette ouverture est ovale et ses deux diamètres sont de 4 et 3 centimètres; sur le lobe occipital du même côté, il existe une perforation semblable, ovale, avec des diamètres de 2 et 3 centimètres. On remarque que les circonvolutions ne sont point disposées en rayonnant autour du « porus ». Pourtant, il s'agit bien là d'une véritable porencéphalie et l'absence de sillons radiés tient probablement à la distension des circonvolutions par le liquide intra-ventriculaire.

Pendant qu'on étudiait les porus, la membrane qui les recouvre se rompt et il s'échappe de l'intérieur des ventricules un liquide limpide comme de l'eau de roche que l'on recueille dans une cuvette; sa quantité est éva-

luée à 1 litre et demi. Il y a une hydrocéphalie intra-ventriculaire énorme ; les ventricules sont transformés en une vaste poche limitée par le parenchyme cérébral réduit à une lame très mince, de 1/2 centimètre d'épaisseur seulement vers la convexité des hémisphères. La surface de la cavité est blanche, pâle, lisse. Les plexus choroides sont pâles, amincis, très adhérents. Aucune lésion appréciable des noyaux optostriés, du corps pituitaire, du chiasma des nerfs optiques, des diverses parties de la base.

Rachis et moelle. La peau est gangrenée au niveau du spina-bifida, si bien que la dissection des enveloppes est impossible. Cependant on constate qu'une partie des nerfs de la queue de cheval s'épanouit sur les parois de la poche du spina-bifida, tandis que l'autre partie reste dans le canal rachidien.

Le spina-bifida occupe la région lombaire et la partie inférieure du sacrum ; il y a à ce niveau absence des arcs vertébraux.

La moelle ne présente aucune altération visible à l'œil nu.

L'examen histologique est confié à M. Philippe.

Thorax. — Pas de tuberculose. Un petit foyer de broncho-pneumonie à la base du poumon gauche. Dans les bronchioles de la base du poumon droit, un peu de pus.

Le cœur est intact.

Foie. Le foie a un volume normal. A la coupe, le parenchyme présente un peu l'aspect muscade ; il a une teinte rosée avec flots blanc jaunâtre. En aucun point on ne trouve la teinte silex. La consistance est un peu molle. Pas de nodules blancs ; pas de gommages. Pas de dégénérescence amyloïde.

Rate. La rate est petite, un peu indurée, d'une teinte rouge pâle, avec de petites taches hémorragiques. Pas de dégénérescence amyloïde.

Reins. Les reins sont gros, ont une substance corticale très blanche, mais leur capsule se décortique facilement.

L'estomac, l'intestin grêle et le gros intestin ne présentent pas de lésions visibles à l'œil nu.

Acanthosis nigricans chez un sujet indemne de carcinomatose.

Par MM. L. JACQUET et DELOTTE.

L'un de nous a fait allusion, à l'une des dernières séances de la Société (1), à un cas d'acanthosis survenu en dehors de toute manifestation carcinomateuse. Voici l'observation de ce malade ; elle est assez intéressante en raison même de la coïncidence, ou de la relation, constamment relevées jusqu'ici entre le cancer et cette singulière dermatose.

(1) Cf. *Bull. Soc. dermat. et syphil.*, 1896, p. 513.

(Observation due à M. le Dr DELORTE, de Limoges.)

R..., âgé de 18 ans. scieur de long, est de taille et de complexion au-dessous de la moyenne.

A l'âge de 8 ans, il a été atteint d'une fièvre qui dura près de trois mois, et pendant laquelle il maigrit beaucoup ; il s'était bien rétabli.

Son père est âgé de 56 ans, et s'est toujours bien porté ; un frère du père a 54 ans, sa santé est bonne : un demi-frère du père, 66 ans, de bonne santé également ; une demi-sœur du père est morte à la suite d'une longue maladie (fièvre typhoïde ?), elle était en convalescence quand, à la suite d'un repas, elle fut prise d'accidents abdominaux qui l'emportèrent rapidement.

Du côté paternel, le grand-père de notre malade est décédé à 65 ans, d'affection inconnue.

La grand'mère est décédée à 70 ans, elle n'était pas malade.

Sa mère se porte à peu près bien. Elle se plaint souvent de douleurs d'estomac et du ventre ; ses digestions sont pénibles, elle a des coliques assez fréquemment. Elle est maigre, mais ne tousse pas.

Elle a eu 6 enfants ; n'en a perdu aucun. Le plus âgé a 28 ans, de bonne santé ; marié et père de 2 enfants bien portants ; le cadet, 26 ans ; Jean, notre malade, est le 4^e. Les autres se portent bien.

Le malade est de petite taille, assez maigre, les cheveux châtains ; sa conformation générale, quoique un peu infantile, est cependant à peu près normale ; toutefois le thorax, légèrement bombé en haut et en avant, est élargi et déjeté en dehors à sa partie inférieure.

Les membres ont la rectitude normale ; la tête est bien conformée.

Le malade ne tousse pas ; les poumons et le cœur sont sains.

Rate et foie de volume normal ; selles régulières.

Bon appétit habituel ; aucun trouble digestif, même léger.

Pas de migraines. Pas d'épistaxis.

Santé générale bonne.

Il y a un an environ, il est entré à l'hôpital de Limoges pour l'affection de la peau qui fait l'objet de cette observation, et qui fut reconnue par M. L. Jacquet comme étant un cas typique d'acanthosis nigricans.

Il y a six ans, il s'est aperçu que son cou se colorait en brun, devenait noirâtre, puis la langue est devenue râpeuse ; les lèvres, les paupières se sont boursoufflées, fendillées. Ces différents symptômes se sont accentués et se sont étendus à d'autres points.

Lors de son entrée à l'hôpital, la partie supérieure du tronc était surtout atteinte ; les lésions dépassaient quelque peu l'ombilic. Cou^e noirâtre, chagriné, ainsi que la partie supérieure du ventre ; l'aisselle tout entière, mais surtout le bord antéro-interne étaient épaissis, granuleux et noirs.

Les paupières, les lèvres, la langue, le voile du palais étaient atteints.

Aujourd'hui (décembre 1897), nous constatons les mêmes lésions, peut-être moins accentuées, à la face, aux lèvres, aux paupières, mais elles se sont développées en bas, elles occupent tout le ventre et les membres inférieurs en certaines parties.

Lèvres creuses et sillons concentriques aux commissures.

La langue est très fissurée, crevassée ; la face interne des joues est un peu fendillée ; la voûte palatine a l'aspect normal, à peine quelques sillons caractéristiques derrière les incisives ; le voile du palais est très sillonné, granuleux ; le pharynx est légèrement rugueux et rouge.

Les paupières sont du côté muqueux plus rouge que d'ordinaire, mais lisses ; du côté cutané on trouve des plis, des sillons, des grains noirâtres.

Le rebord des narines est un peu chagriné, légèrement fissuré en dehors ; néanmoins cet aspect n'est pas caractéristique, il pourrait être dû à une irritation par un rhume de cerveau dont le malade est atteint depuis deux ou trois jours.

L'orifice du conduit auditif externe ne présente rien d'anormal.

Ajoutons que le malade entend et voit très bien. L'état de la bouche ne le gêne en rien pour manger ; les aliments acides, vinaigrés ne provoquent pas de sensation pénible, ne déterminent pas au passage la sensation de piqure de la langue.

Le prépuce est fendillé et chagriné du côté muqueux, à un degré modéré toutefois.

L'anus est très fendillé, les sillons très caractéristique de l'affection convergent vers la muqueuse intestinale ; les bourses le sont moins.

Le front est foncé en brun.

Le cou est noir en avant, mais surtout sur les côtés ; il est chagriné.

La peau du thorax sur la ligne médiane est blanche et se rapproche de l'aspect normal, mais sur les côtés et surtout dans la région axillaire, et plus particulièrement en avant de l'aisselle, elle est franchement noire, épaissie ; la face interne du bras au niveau de l'aisselle offre également la même coloration. Celle-ci contourne le thorax et recouvre l'omoplate en s'atténuant, elle disparaît dans la région épineuse ; tout le long de la crête épineuse la peau est indemne.

Au coude et aux doigts un peu de coloration.

Le ventre est noir en haut, avec accentuation autour du nombril, où l'on trouve des papillomes noirs, mais au-dessous la coloration est moins prononcée ; la partie inférieure du dos est un peu brune également au même degré que la peau de la partie inférieure de l'abdomen.

Les plis des aines, le périnée sont modérément noirâtres et chagrinés, la coloration s'étend en arrière, recouvre les fesses jusqu'au pli fessier au-dessous duquel la peau redevient naturelle.

Dans les creux du jarret la peau est dure, papillomateuse, noirâtre, fendillée.

R... se nourrit comme les gens de la campagne peu fortunés. Il boit du vin rarement, du cidre quelquefois, de l'eau à ses repas, il mange de la viande de boucherie le plus souvent, très rarement ; mais plus souvent du salé de porc ; ses repas se composent d'ordinaire de légumes, haricots, pommes de terre, soupe.

La profession de scieur de long est pénible, exige des forces musculaires développées ; il l'exerce comme ses camarades et sans fatigue appréciable.

Étude du sang des psoriasiques au point de vue des éosinophiles.

Par E. LEREDDE.

L'éosinophilie a été signalée par quelques auteurs chez les psoriasiques : j'ai voulu me rendre compte de sa fréquence et de son importance. Je rappelle d'abord qu'il existe normalement des éosinophiles en circulation sanguine, dans la proportion de deux p. 100 chez l'adulte (Ehrlich). De nombreuses causes dont nous ignorons un grand nombre peuvent modifier ce chiffre dans une légère mesure ; et nous ne sommes guère autorisés à attribuer à l'éosinophilie une valeur pathologique qu'au delà de 5 p. 100.

J'ai étudié le sang de treize malades. Chez onze d'entre eux, j'ai obtenu une moyenne de trois éosinophiles sur cent leucocytes. L'intensité du psoriasis, son ancienneté ne m'ont paru jouer aucun rôle.

Un psoriasique de 64 ans, atteint de bronchite chronique et d'emphysème, ne présentait pas d'éosinophiles en circulation. On sait que de nombreuses infections microbiennes diminuent notablement l'éosinophilie physiologique.

Seul un malade de 64 ans, également atteint d'un psoriasis généralisé et invétéré, offrait une éosinophilie de 6 p. 100. Mais ce malade avait eu récemment des troubles intestinaux et était soumis à un traitement pyrogallique intense. Ce fait est à rapprocher des faits mentionnés par Canon qui a vu l'éosinophilie augmenter très nettement à la suite du traitement par le goudron et la chrysarobine.

Le chiffre moyen observé par Canon qui a étudié l'éosinophilie chez des psoriasiques est de 3,72 p. 100. Chez un seul malade Canon a observé le chiffre de 10,53 p. 100 ; mes recherches sont en somme confirmatives des siennes.

En résumé, il existe chez certains psoriasiques une légère augmentation des éosinophiles en circulation. Cette augmentation n'est pas constante du reste.

Une éosinophilie véritablement pathologique s'observe par exception chez quelques malades. Elle dépend parfois du traitement auquel on les soumet.

Sur l'aplasie moniliforme des cheveux.

Par G. JEANSELME.

Je vous présente un nouvel exemple de cette maladie familiale qu'on appelle l'aplasie moniliforme des cheveux. Je n'ai rien à ajouter à la description de la lésion qui a été faite d'une manière précise et complète par MM. Hallopeau, Sabouraud, Tenneson et Hudelo. Dans cette curieuse dystrophie congénitale du cuir chevelu, les cheveux

tombent dès les premières semaines de la vie, et sont remplacés par des poils follets qui présentent des étranglements annulaires, de distance en distance, au niveau desquels le poil est incolore. Cette malformation des cheveux paraît être liée à l'existence d'une kératose pilaire du cuir chevelu, comme l'a fait remarqué M. Brocq.

Léonie M..., âgée de 2 ans et demi, avait à la naissance une chevelure bien fournie et même plus épaisse, au dire de la mère, que celle des autres enfants nouveau-nés. Les cheveux étaient foncés, longs et minces, comme cela a toujours été le cas chez les enfants de la même famille qui ont présenté de l'alopecie.

Dès la naissance, les cheveux commencèrent à tomber ; vers la sixième semaine, la tête était complètement dénudée.

Actuellement, le cuir chevelu est presque entièrement glabre. A peine quelques cheveux de 3 à 4 centimètres de longueur, pâles et secs, sont disséminés çà et là. Les autres cheveux sont très grêles, très espacés, frisés et cassants. Ils atteignent au plus 3 à 4 millimètres. Ils présentent des zones alternativement noires et décolorées qui se succèdent régulièrement, ce qui leur donne un aspect zébré.

La surface du cuir chevelu est très irrégulière, hérissée de petites élevures acuminées d'où émergent les poils atrophiés. Cet état granité ne dépasse pas la lisière du cuir chevelu. Les sourcils et cils ne sont pas modifiés. Il existe un léger degré de kératose pilaire au niveau de la face externe des membres.

Le frère de Léonie, Charles M..., âgé de 2 mois et demi, est également atteint d'aplasie moniliforme. Assez abondants à la naissance, les cheveux commencèrent à s'éclaircir à partir de la troisième semaine. Le cuir chevelu n'est plus recouvert aujourd'hui que d'un simple duvet à peine visible, formé de poils extrêmement grêles étranglés de distance en distance. Le cuir chevelu au lieu d'être uni est chagriné par une multitude de petites élevures, roses, pilaires. Il n'y a pas de kératose pilaire à la face externe des membres, mais celle-ci apparaît ordinairement à un âge plus avancé.

Parmi les six autres enfants de la famille M..., il y en a eu deux qui offrirent aussi les signes de l'aplasie moniliforme. Ils sont morts en bas âge.

Le père, Auguste Mans..., est complètement alopecique. A part quelques rares cheveux, longs de 3 à 4 centim., le cuir chevelu de cet homme n'est garni que de poils follets, d'aspect zébré, enroulés sur eux-mêmes, et n'ayant pas plus de 3 à 6 millim. de longueur. Ici encore, on observe un état chagriné du derme qui est surmonté de saillies miliaries d'où émergent les poils atrophiés. Mais cette sorte de kératose pilaire est incomparablement moins marquée chez cet homme que chez sa fille Léonie. Il présente un léger état d'ichtyose pilaire à la face externe des membres. Il a de la séborrhée et de l'acné du visage. Ses ongles sont striés en long et friables.

Auguste Mans... a eu huit frères ou sœurs, parmi lesquels trois furent alopeciques comme lui. L'un de ses frères a eu quatre enfants qui tous furent indemnes, mais l'un d'eux, âgé de 5 ans, a de l'incontinence noc-

turne d'urine. Auguste Mans... a été atteint de la même infirmité jusqu'à l'âge de 16 ans.

D'après les renseignements qu'il nous fournit, il n'existerait aucune autre malformation, telle que bec-de-lièvre, nævi vasculaires ou pigmentés, dans sa famille. Outre l'incontinence nocturne d'urine, il paraît exister d'autres tares nerveuses chez ses ascendants ou collatéraux, et l'une de ses cousines germaines est placée dans une maison de santé.

Jamais aucun des individus atteints d'aplasie moniliforme n'a présenté d'altération ni des cils ou des sourcils, ni des autres poils du corps. Les ongles sont toujours respectés.

Sur Auguste Mans... et ses deux enfants, Léonie et Charles, je ne relève aucun stigmate de syphilis héréditaire. Les dents en particulier n'offrent rien d'anormal.

Les cas d'aplasie moniliforme publiés par M. Sabouraud et par M. Tenneson, appartiennent à cette même famille Mans..., dans laquelle on retrouve l'existence de cette dystrophie des cheveux parmi les ascendants jusqu'à la quatrième génération.

M. HALLOPEAU — Je rappellerai que dans mes observations de la famille R..., les altérations étaient étendues à tout le système pileaire.

Pseudo-éléphantiasis de la verge consécutif à l'ablation des ganglions inguinaux.

Par M. J. BRAULT.

Depuis quelques années, notre attention a été attirée sur les adénopathies des divers groupes ganglionnaires de l'écopomie et nous avons pu nous convaincre, par de très nombreux examens anatomo-pathologiques et bactériologiques, que la plupart, que la majorité des adénites réputées strumeuses et rangées, par la suite, dans le domaine de la tuberculose (1), sont bel et bien, tout simplement, des adénites d'origine infectieuse banale.

Certainement, la bacillose ganglionnaire est loin d'être une exception et se rencontre de temps à autre sur notre route, sous diverses formes, associée qu'elle est parfois, à des germes ordinaires de la suppuration qui modifient son type habituel; mais elle est beaucoup plus rare qu'on ne le croit jusqu'ici; il faut même, à notre avis, renverser la proportion (2) et voir surtout, dans les adénites à marche plus ou moins subaiguë ou même chronique, de banales infections.

Il faut s'y habituer, *le pus chaud peut marcher froidement*. Ce que nous avançons a été contrôlé pièces en mains, après de nombreuses extirpations qui se montent aujourd'hui à plus d'une soixantaine et ont porté, soit sur les chaînes inguinales, soit sur les divers

(1) Adénite « militaire ».

(2) Du moins chez l'adulte.

groupes ganglionnaires du cou et du membre supérieur. Sans doute, quand les ganglions suppurent il est difficile de déceler dans le pus le bacille de Koch, mais, dans l'adénite tuberculeuse, en dehors des foyers purulents, l'on rencontre de temps à autre des globes ou des granulations intra ou périganglionnaires renfermant quelques micro-organismes spécifiques; enfin, l'inoculation au réactif par excellence, au cobaye, est positive. Rien de semblable dans les faits que nous avons colligés, l'examen microscopique, les cultures, les inoculations, tout a été négatif au point de vue de la tuberculose; et nous avons simplement rencontré des staphylocoques plus ou moins atténués déterminant, chez l'animal, des abcès insignifiants. Cependant, soit à l'examen clinique, soit à l'examen microscopique des pièces, la plupart de ces cas ont été pris, par tous ceux à qui nous les avons montrés, pour des tuberculoses ganglionnaires.

Ailleurs (1), j'ai insisté avec détails sur les diverses formes de l'adénopathie banale, et principalement sur les formes *retardées* ou *prolongées* qui peuvent en imposer. Je ne veux pas y revenir, je tenais simplement à rappeler en quelques mots l'ensemble de cette question intéressante. J'arrive maintenant au cas qui fait plus particulièrement l'objet de cette communication.

Jusqu'en ces derniers temps nous n'avions jamais observé aucun œdème, aucune lésion éléphantiasique chez nos sujets; soit avant, soit après l'extirpation ganglionnaire.

A l'aine, en particulier, de nombreux auteurs ont signalé des œdèmes du membre inférieur et des organes génitaux externes chez les porteurs d'adénopathies volumineuses. D'autres ont observé des lésions éléphantiasiques de ces mêmes régions, surtout à la suite des extirpations étendues et doubles; M. G. Brouardel en rapportait ici un cas dernier.

Il y a environ 6 mois, chez un de nos opérés nous avons observé quelque chose d'analogue; voici, d'ailleurs, en deux mots, l'observation :

L..., 22 ans, sujet brun, vigoureux, n'ayant aucun antécédent personnel ou héréditaire, entre dans mon service, le 10 septembre 1896. Il est porteur d'adénites subaiguës doubles occupant la totalité des chaînes inguinales transverses, les groupes internes sont surtout pris; il y a de l'empâtement, par deux ou trois places, la peau est même un peu amincie et dépressible. Des lésions balano-préputiales légères (herpès probablement) ont constitué la porte d'entrée. Au dire du malade, l'affection date de 3 semaines environ; il s'agit donc de ce que l'on appelle la forme subaiguë d'emblée.

Extirpation, le 12 septembre. Les deux chaînes transverses sont enlevées en totalité, les ganglions sont très malades et « farcis » d'abcès. Drainage, pansement compressif.

(1) *Lyon médical*, mai 1896. — *Semaine médicale*, septembre 1896.

Au bout d'un mois, le malade cicatrisé, se lève ; jusque-là nous n'avions rien remarqué d'anormal, lorsque dans les jours suivants, L... attire de nouveau notre attention sur un phénomène survenu progressivement depuis qu'il marche ; il s'agit d'un fort œdème dur du fourreau de la verge, il n'y a rien par ailleurs, le scrotum est normal, il n'y a aucune trace de liquide dans les vaginales, les membres inférieurs sont indemnes, le malade est maintenu en observation à l'hôpital ; au bout de six semaines, il sort très amélioré sans avoir subi aucun traitement. Trois mois plus tard, nous l'avons fait revenir, la verge était redevenue normale. L..., parfaitement rétabli, n'éprouve aucune gêne dans son métier pénible. Depuis, la guérison s'est maintenue.

Tel est ce cas d'œdème bénin ; celui-là n'est certes pas pour nous effrayer ; mais comme nous l'avons dit, nous savons qu'il en est de beaucoup plus sérieux. Est-ce une raison pour s'abstenir d'enlever les glandes malades ? nous ne le croyons pas. Au contraire, puisque maints auteurs ont constaté des œdèmes éléphantiasiques chez des sujets non opérés atteints de grosses adénites, il y a lieu de se montrer radical, de se presser et d'enlever les ganglions malades, avant qu'il y ait trop à extraire. Une fois le mal fait, *qu'on laisse ou qu'on extirpe*, les chances d'éléphantiasis sont au moins égales ; il n'y a donc pas trop lieu de s'arrêter à cette considération.

Note sur le traitement de la pelade.

Par M. J. BRAULT.

Depuis la communication de M. Sabouraud en mai 1895, nous avons soumis *quatre-vingts* sujets atteints de pelade au traitement qu'il préconisait : vésicatoire, abrasion de la phlyctène, cautérisation à la solution de nitrate d'argent au quinzième.

Nous ne parlerons que de *soixante* premiers cas traités depuis plus de six mois. Emprisons-nous de le dire, la réunion du vésicatoire et la cautérisation argentique, d'une efficacité constante, nous a donné d'excellents résultats, puisque sur notre chiffre déjà élevé de malades souvent atteints de plaques multiples, nous ne comptons qu'une seule récurrence et un cas rebelle (1). Mais nous devons ajouter que le succès s'est parfois fait un peu attendre et que nous avons observé, comme avec d'autres traitements, de grands écarts, de grandes inégalités, pour des plaques qui semblaient cependant assez comparables à première vue.

Un seul vésicatoire a suffi chez trois malades, 17 ont guéri par

(1) Chez ce malade, en traitement depuis plus de huit mois, la repousse des cheveux ne s'est pas encore produite.

deux applications ; il a fallu revenir trois fois à la charge dans 8 autres cas.

Voilà pour les cas qui ont guéri rapidement, soit près de la moitié. Dans les autres observations, nous relevons des chiffres parfois beaucoup plus élevés : 12 guérisons après 4 et 5 vésicatoires, 8 après 6 et 7 ; enfin les douze cas restants ont nécessité de 9 à 13 applications.

Nous n'avons, bien entendu, considéré nos malades comme guéris et arrêté le traitement, que lors de la repousse de cheveux normaux, durs et solides. A ce propos, nous avons observé un fait assez curieux chez plusieurs de nos peladeux, la repousse a été tout d'abord nettement « annulaire » chez certains ; même, elle s'est faite en « cocarde » avec deux cercles concentriques et un « flot » central.

Microbe du bouton des pays chauds.

Par M. DJÉLALEDDIN-MOUKHTAR (de Constantinople).

Mon éminent maître, M. le D^r E. Besnier, m'avait autorisé en 1891, alors que j'avais l'honneur de suivre l'enseignement de l'hôpital Saint-Louis, à faire des recherches bactériologiques sur un malade de son service atteint de boutons de Biskra. Ayant renouvelé ces recherches sur un malade atteint des mêmes lésions gagnées à Alep, le résultat fut le même.

Le microbe que j'ai trouvé dans le sang obtenu par piqûres du bourrelet entourant les lésions est un *streptocoque*, qu'on peut obtenir aussi par séparation du pus des lésions ; nous ne l'avons jamais trouvé dans le sang de la circulation générale.

Les effets de ce microbe sur les animaux, qui changent avec l'âge et la quantité de la culture et le mode d'inoculation, ressemblent à ceux produits par le streptocoque ordinaire de l'érysipèle. Nous n'avons jamais pu obtenir aucune lésion générale sur la peau des animaux en dehors des œdèmes locaux survenant à la suite des piqûres et des frottements.

La ressemblance du streptocoque que nous avons trouvé dans le bouton des pays chauds avec celui de l'érysipèle, ne manquera pas d'attirer l'attention sur ces phlébites et ces érysipèle qui compliquent le bouton des pays chauds, rarement il est vrai, mais certainement bien plus souvent qu'ils ne compliquent les autres dermatoses et de faire croire à une relation plus étroite qu'une complication accidentelle.

Traitement du chancre par le gaïacol.

Par M. DJÉLALEDDIN-MOUKHTAR (de Constantinople).

Le gaïacol jouissant à la fois d'un pouvoir antiseptique et anesthésique, je l'ai employé dans le traitement des chancres mous. C'est le médicament dont l'application sur le chancre mou cause le moins de douleur, surtout si, après le nettoyage préalable, on passe légèrement sur la surface du chancre le pinceau ou la boulette de coton imbibé de gaïacol, on attend un petit moment pour que l'anesthésie se produise avant de l'appliquer plus énergiquement en ayant soin de le faire pénétrer dans tous les interstices. Presque dans tous les cas l'aspect des chancres change et la suppuration diminue dès la première application et quatre à six applications m'ont suffi à guérir la majorité des cas ; mais malheureusement comme il arrive avec tous les médicaments, un petit nombre de cas résistent ; dans ces cas c'est à la suite de bains de verge chauds que je cautérise avec le gaïacol.

Après l'application du médicament, je saupoudre de talc ou d'oxyde de zinc. L'application quotidienne est suffisante et c'est dans les cas rebelles qu'on doit l'employer matin et soir. Les malades peuvent faire eux-mêmes leurs cautérisations.

Le gaïacol ne semble pas provoquer l'inflammation et la suppuration des ganglions, et chez un malade qui s'était présenté avec un ganglion déjà enflammé, l'inflammation est tombée à la suite de deux applications du gaïacol.

Sur une trentaine de cas que j'ai soignés les chancres d'un de mes malades ont résisté au gaïacol ; il est vrai qu'on ne l'appliquait que deux ou trois fois par semaine ; à la fin le malade s'étant cautérisé une seule fois avec le crayon de nitrate d'argent, il s'est produit une inflammation des ganglions qui l'ont obligé de garder sa chambre pendant plusieurs jours de suite. Sans être un spécifique infaillible du chancre mou, le gaïacol mérite d'être employé.

Élections de membres titulaires.

Au cours de cette séance ont été élus *membres titulaires* de la Société :

MM. **BARRIÉ**, de Luchon ;
CARTIER, de Toulon ;
COUILLAUD, de Paris ;
SAUVINEAU, de Paris.

Le secrétaire,
E. LEREDDE.

SÉANCE DU 11 MARS 1897

Présidence de M. Ernest Besnier.

SOMMAIRE : Chancres multiples de la face, par M. PETRINI (de Galatz). — Un cas d'urticaire géante, par M. LEMONNIER (de Fiers). — Chancres syphilitiques des deux amygdales, par M. JULLIEN. — Un exemple de chancre nain, par M. BARTHÉLEMY. (Discussion : M. BROCCQ.) — Cicatrices hypertrophiques consécutives à l'impétigo streptococcique, par MM. BALZER et GRIFFON. — Tuberculose miliaire en nappe de la muqueuse de la joue et des lèvres, par M. THIBIERGE. — Origine microbienne de la calvitie, par M. SABOURAUD. — Maladie de Dühring et éosinophilie, par M. DANLOS. — Épithéliomes kystiques bénins, par M. BROCCQ. (Discussion : MM. JACQUET, BESNIER). — Traitement du lupus par le chlorophénol, par M. BARBE. — Pelade décalvante chez une mère et son enfant, par M. FEULAND. (Discussion : MM. BROCCQ, BESNIER.) — Chancre syphilitique de la conjonctive bulbaire, par MM. VALUDE et LAUR. — Lésions gommeuses du membre supérieur gauche, par M. DOMINICI. (Discussion : M. FOURNIER.) — Ulcération d'ordre trophique chez un hystérique, par M. LESNÉ. (Discussion : MM. JACQUET, GASTOU, LEREDDE, FOURNIER, JEANSELME, BARTHÉLEMY.) — Mélanodermie de nature indéterminée, par M. FRANÇON. (Discussion : M. BARBE.) — Sur une phlycténose récidivante de la face antéro-externe du pouce, par M. AUDRY. — Sur une chéloïde consécutive à l'emploi du collodion, par M. AUDRY. — Papillome pseudo-lupique de la pointe de la langue, par M. AUDRY. — Examen histologique d'une lymphite syphilitique du pénis, par M. AUDRY.

Ouvrages offerts à la Société.

COLOMBINI. — Caso singolarissimo di herpes Zoster universale. Ext. : *Comment. Clin. delle mal. cut.*, 1893.

— Dei vari eccipienti e particolarmente della epidermina in dermatopatia : Ext. : *Comment. Clin. delle mal. cut.*, 1893.

— Del valore delle iniezioni endovenose di sublimato corrosivo nella cura della sifilide. Ext. : *Atti della R. Accad. dei fisiocritici*, série N, vol. IV., 1893.

— Sul microbo dell'ulcera venerea. Ext. : *Comment. Clin. delle mal. cutan.*, 1894.

— Sul rapporto dell'ulcera molle e del bubone venerea con le stazioni, 1894.

— La sulfuraria delle terme di S. Filippo nella cura delle malattie della pelle. Ext. : *Comment. Clin. delle mal. cutan.*, 1894.

- Nuovo ricerche sperimentali sullo strepto-bacillo dell' ulcera venerea. Siena, 1894.
- La diagnosis bacteriologica dell' ulcera venerea. Ext. : *Gazz degli ospedali e delle cliniche*, 1896.
- Un caso di Leuconichia (Canities ungium). Ext. : *Riforma medica*, n° 151, 1894.
- Resoconto sommario della sezione di dermatologia e sifilografia au XI^e Congresso medico internazionale, Roma, 1894.
- Latente Syphilis und unbeachtete syphilis. Ext. : *Internat. Klin. Rundschau*, 1894.
- Lo stato della milza nella sifilide acquisita. Ext. : *Atti della Accad. dei Fisiocritici*, 1864.
- Alcune ricerche sperimentali sull' azione topica dell' salolo. Ext. : *Riforma medica*, n° 215, 1895.
- Della frequenza della prostatite, vescicolite, della deferentite pelvica nella epididimite blenorragica. Ext. : *Policlinico*, vol. II, M., fasc., 9, 1895.
- Recherches bactériologiques et expérimentales sur un cas de blennorrhagie avec manifestations articulaires et cutanées. Ext. : *Journal des mal. cutanées*, Paris, octobre 1894.
- L'ictiolo nella cura della eresipela. Ext. : *Comment. Clin. delle mal. cut.*, 1893.
- L'ictiolo nella cura della blenorragia. Ext. : *Comment. Clin. delle mal. cut.*, 1893.
- COLOMBINI et SIMONELLI. — Sul valore della cura mercuriale precoce della sifilide. Ext. : *Rif. med.*, août 1896.
- COLOMBINI. — Sulla reazione del pus blenorragico e della mucosa uretrale sul rapporto di tale reazione con la vita del gonococco. Ext. : *Giorn. internaz. delle Scienze mediche*, 1896.
- Due parole sullo strepto-bacillo dell' ulcera molle. Ext. : *Giornale ital. dell. mal. vener. e della pelle*, 1896.
- Della frequenza della prostatite, della vescicolite, della deferentite pelvica nella uretrite blenorragica. Ext. : *Giornale ital. delle mal. vener. e della pelle*, 1896.

Chancres multiples de la face.

Par M. PETRINI (de Galatz).

Je viens d'observer chez un homme six chancres syphilitiques de la face, dont un à la partie interne de la paupière supérieure. Ces chancres étaient accompagnés de deux gros ganglions lymphatiques, un situé à la partie postérieure de la région parotidienne, et un autre à la partie moyenne du maxillaire inférieur. En même temps le malade

avait une éruption discrète de papules lenticulaires syphilitiques, sur le tronc et les membres supérieurs, parue selon les règles.

Rien aux organes génitaux.

Le malade est entré dans mon service le 1^{er} octobre, et est sorti complètement guéri le 18 décembre 1896.

Les chancres étaient hypertrophiques, volumineux. Le malade a été traité par des injections de sublimé, à raison de 3 centigrammes par injection, deux fois par semaine.

Localement, application de la traumaticine au calomel.

Un cas d'urticaire géante avec troubles accusés du fond de l'œil, lorsque l'œdème siège à la tête; disparition de l'urticaire; et, depuis lors, crises mensuelles de vomissements incoercibles pendant deux ou trois jours.

Par M. LEMONNIER (de Flers).

M. D..., âgé de 56 ans, vint me consulter au milieu de juillet 1885. Son père était mort hydropique et sa mère était décédée à 75 ans d'une paralysie. Je retrouvais encore parmi les antécédents indirects connus une tante asthmatique.

Parmi les antécédents directs, le malade me signale une fièvre intermittente à 10 ans, dont les accès se répétèrent pendant quatre mois sans que cet homme se rappelât exactement quelle forme affectait sa fièvre. Il y a vingt-cinq ans, il éprouva des douleurs dans une jambe, qu'un docteur traita de rhumatismales, et enfin, il y a dix-sept ans, des névralgies dont un premier accès dura quinze jours et qui récidivèrent plusieurs fois pendant trois ans. A cette époque il était mécanicien dans une usine et transpirait beaucoup; il devint contre-maître (ce qui était moins fatigant), mais dans sa nouvelle occupation il avait à surveiller le travail d'une cinquantaine d'enfants, ce qui était cause pour lui de fréquentes colères, étant donné son tempérament impressionnable. Il devint même d'un caractère très irritable.

Il y a environ cinq ans, il fut atteint d'*urticaire géante*, qui, dès le début, eut une marche chronique et envahissait tantôt une région, tantôt une autre, et durait de quatre à trente-six heures; les crises débutent presque toujours la nuit. Il n'y avait jamais huit jours de calme parfait.

Il y a deux ans, des vomissements de sang survinrent sans qu'ils aient été précédés de douleur aiguë à l'estomac, sans que le malade se rappelât avoir éprouvé les symptômes de dyspepsie à propos desquels je l'interrogeai; mais, depuis ces deux ans, il souffre de l'estomac (douleurs vives avec sensation de brûlure une heure à une heure et demie avant les repas, pesanteur, ballonnement après les repas, perte d'appétit très souvent, diarrhées fréquentes surtout après le repas du midi). Je ferai remarquer ici que je copie textuellement sur mes notes tous les symptômes de dyspepsie

que j'y trouve consignés sans dénomination plus précise du genre de dyspepsie qu'éprouvait mon malade. Je suppose qu'il était atteint d'une dyspepsie hyperchlorhydrique (hyperpepsie chlorhydrique de M. le professeur Hayem) avec ulcération de l'estomac dans un moment donné ; mais je n'ai recherché à cette époque, ni s'il y avait dilatation ou non, ni ce que je pouvais penser de son chimisme. Il n'y avait pas d'éthylisme, mais une alimentation indigeste était habituelle, et il fallait compter quatre repas par jour. Il ne se passait pas un jour sur vingt sans douleurs au creux épigastrique.

L'urticaire était formée de vastes plaques saillantes, ayant jusqu'à 15 centim. d'étendue dans le sens de la longueur, au bras par exemple ; à la jambe, elle atteignait bien 20 centim. ; lorsqu'elle siégeait à la tête, tout un côté était envahi, y compris l'intérieur des joues et la langue, avec cuisson dans la bouche et envies de vomir. Tout le scrotum quelquefois était pris.

L'œdème de ces plaques était plutôt mou. Lorsqu'un ou les deux pieds étaient le siège de l'attaque, c'est là où la démangeaison se faisait sentir avec le plus d'intensité, mais c'est là aussi où la crise durait le moins longtemps. Pendant deux ans cet état a duré sans interruption laissant rarement huit jours d'un calme absolu ; mais, depuis trois ans, l'étendue des plaques est un peu moindre qu'autrefois et la récurrence est plus fréquente. L'œdème est un peu moins considérable debout qu'au lit, et, pour la tête, la langue et la gorge, le début a toujours lieu la nuit.

La transpiration était fréquente la nuit.

C'est là que se place un symptôme que cet ouvrier intelligent m'a souvent signalé et qui m'engagea à prendre alors l'observation. Lorsqu'au réveil il y avait envahissement d'un côté de la tête, *il n'y voyait plus du tout de l'œil correspondant au côté pris*, et ce n'était qu'au bout de dix à quinze minutes qu'il n'existait plus qu'un trouble qui allait en diminuant pour disparaître complètement une demi-heure après. A plusieurs reprises j'ai engagé le malade à venir chez moi en se levant, avant de se rendre à l'usine, pour l'examiner à l'ophtalmoscope ; mais toujours la vue était redevenue normale dans le temps écoulé depuis le réveil jusqu'à l'arrivée dans mon cabinet.

Avant chaque rechute le caractère est plus irritable.

C'est dans cet état qu'il se présente chez moi pour me demander du soulagement, après avoir essayé des bromures, me dit-il, et d'un gargarisme à l'eau étendue d'eau-de-vie, lorsque la bouche et la langue sont œdématiées la nuit.

J'examine les différents organes en dehors de l'estomac dont j'ai parlé, et je ne trouve rien d'anormal du côté du poumon, du foie, du cœur, des organes génitaux ; la rate ne me paraît pas volumineuse ; les réflexes sont conservés ; la démarche est assurée ; il n'y a pas de tremblement des mains ; l'urine ne contient ni sucre ni albumine ; cependant comme quantité, elle doit être au-dessus de la normale.

J'élimine, en les détaillant minutieusement, toutes les causes idiopathiques, et je crois devoir instituer comme traitement, étant donné la dyspepsie si accusée du malade, ses antécédents de paludisme et son arthritisme, un régime sévère au point de vue de l'estomac, en énumérant

en outre tous les aliments et toutes les boissons défendues en cas d'urticaire ; du lait en mangeant, puisqu'il y a peu d'urine, ce qui est peut-être dû aux sueurs nocturnes ; du bicarbonate de soude dans son lait ; quelques purgatifs salins à dose laxative ; et, enfin, bien que la rate ne soit pas volumineuse et étant données les fièvres intermittentes à 10 ans et les crises plus fréquentes la nuit, à midi 50 centigr. de sulfate de quinine, à sept heures avant le dîner 25 centigr. et à 10 heures, avec un peu de tilleul, 0,25 cent. ; ces trois doses répétées pendant trois jours, plus cinq jours de repos, et reprise de la quinine pendant trois jours aux mêmes doses.

Le 30 juillet, je ne constate aucune amélioration, et, après avoir insisté sur la sévérité à apporter au régime, je prescrivis chaque jour une pilule de sulfate d'atropine à un demi-milligr.

Le 14 août, c'est-à-dire après quinze jours de sulfate d'atropine, le malade m'accuse seulement deux crises, une il y a huit jours, au scrotum, et la seconde, il y a six jours, à la tête. La crise débuta par la joue droite, la muqueuse buccale, la langue, puis tout le côté de la tête, y compris l'œil : la durée fut de deux nuits et un jour. De forts maux de tête précédèrent cette attaque.

Je conseille alors un seul repas par jour à midi, puis du lait toutes les deux heures le matin, et la reprise du lait toutes les deux heures, à partir de cinq heures du soir, puis deux pilules d'atropine, une le matin et une le soir.

Le traitement externe a toujours consisté en lotions avec de l'eau vinaigrée tiède et en poudre d'amidon.

Dix jours après, j'étais en présence de symptômes d'intolérance de l'atropine, mais je n'avais plus d'urticaire. Je fis cesser le médicament et continuer le même régime.

Du 20 août au 15 septembre, le malade n'a nullement été inquiété ; mais, du 15 septembre au 29, il y a eu une crise tous les trois jours et toujours la nuit. La tête n'a pas été reprise et les régions envahies ont été le scrotum une fois, puis les bras et les jambes, et, dans ces derniers quinze jours, le malade a cru remarquer chaque fois aux membres qu'il y avait symétrie. Chaque accès a duré trois ou quatre heures et n'a jamais dépassé douze heures, tandis qu'à la tête, au début, la durée atteignait quelquefois deux jours. Je fais recommencer l'atropine et dix jours après tout a disparu. J'ai vivement conseillé de suivre longtemps le régime des dyspeptiques.

Je n'avais plus entendu parler de ce malade, qui avait quitté l'usine pour aller habiter la campagne, lorsqu'environ trois ans après je le rencontrai, et il m'apprit à ma grande surprise qu'il n'avait jamais éprouvé à nouveau d'urticaire, mais que, depuis sa guérison, *tous les mois* très exactement, pendant *deux ou trois jours*, il avait des *vomissements de bile* répétés de huit à dix fois par vingt-quatre heures et que son estomac pendant ce temps ne supportait ni aliments solides ni liquides, pas même du lait, sans vomir aussitôt. Je lui proposai d'essayer à nouveau de la quinine dans les quelques jours qui précédaient la crise de l'estomac, mais il s'y refusa énergiquement, prétendant souffrir beaucoup moins de ses vomissements à date fixe que de son urticaire.

C'est cette métastase, si je peux m'exprimer ainsi, et beaucoup aussi les troubles oculaires que je n'ai jamais pu déterminer qui m'engagent à vous présenter cette observation. Y avait-il œdème de la papille, de la rétine, ou simplement une hyperhémie prononcée? MM. Besnier et Doyon ne nous disent-ils pas dans leur traduction de Kaposi, à la note 1 des pages 409 et 410 du tome I^{er} : « De même que dans l'érythème polymorphe, on voit dans l'urticaire se manifester le processus hémaphérique, la congestion purpurique, etc. » Je sais bien qu'il est question de la peau dans ces réflexions; mais ne pourrait-on pas l'étendre aux milieux de l'œil? En tous cas, l'instabilité était telle, comme je l'ai dit, qu'il ne m'a jamais été donné de pouvoir constater la lésion à l'ophtalmoscope, puisqu'une demi-heure au plus après le réveil, la vue était redevenue normale.

Chancres syphilitiques des deux amygdales contractés par la succion des seins.

Par M. JULLIEN.

Le chancre amygdalien est presque toujours *unique*, écrit M. Fournier dans son livre *Sur les chancres extra-génitaux*, et ce caractère offre une telle constance que dans le tableau du diagnostic, l'auteur place en deuxième ligne « l'*Unilatéralité* de lésions (sauf exceptions tout à fait rares) ». A ce point de vue le fait qui va suivre me semble digne d'être recueilli.

Il ne l'est pas moins par les circonstances étiologiques qui l'accompagnent et qui semblent nous reporter aux âges anciens où la syphilis se propageait endémiquement au milieu de populations inconscientes. Car bien qu'observé à Saint-Lazare, le cas qui va suivre rentre essentiellement dans la catégorie des *syphilis insontium*, puisque le mal a été contracté par une vierge suçante pour les façonner avec ses lèvres, les mamelons d'une cousine récemment accouchée. Et il s'agit en l'espèce d'une virginité à toute épreuve, la victime portant un hymen imperforé, avec utérus et vagin rudimentaires et absence complète de molimen. Quant à la nature des lésions, elle est attestée par une roséole généralisée et confluyente.

Voici maintenant les détails de l'observation, notée avec le plus grand soin d'investigation par M. Sibret, interne du service.

Marie R..., âgée de 17 ans, entrée dans le service, le 1^{er} mars 1897, est envoyée à Saint-Lazare par le dispensaire de salubrité avec le diagnostic : *angine syphilitique*.

Cette jeune fille n'est pas précisément une prostituée; elle explique

l'erreur commise en l'arrêtant par ce fait que sa sœur, qui lui ressemble étonnamment est fille en carte, et qu'il y a déjà quelques mois que la police la surveille afin de l'arrêter au premier soir.

Quoi qu'il en soit, notre syphilitique fait remonter le début de sa maladie à un an. A ce moment, elle aurait eu le corps couvert de clous dont elle montre encore quelques cicatrices irrégulières, pigmentées, plus taches d'ailleurs que cicatrices. Nul n'est besoin d'insister sur l'in vraisemblance de cette étiologie. Il faut chercher la contagion dans le fait suivant : Il y a onze semaines environ, la malade « fit » les bouts de sein — par succion violente et prolongée — à une de ses cousines récemment accouchée et dont les seins n'étaient pas suffisamment érigés pour que l'enfant pût bien les prendre. Cette cousine avait, dit la malade, pris la syphilis de son mari ; le bébé, âgé alors de huit jours, était venu au monde couvert de plaques et d'ulcères. Nous trouvons là tous les indices d'une syphilis maritale se manifestant par une papule érosive ou une crevasse spécifique du mamelon, et créant le chancre chez notre malade. Ceci pour la contagion directe. La contagion indirecte pouvait également être admise : le nouveau-né syphilitique, porteur de plaques muqueuses buccales déposant sur le mamelon ce virus infectant. On ne peut vérifier actuellement laquelle de ces deux hypothèses de contagion est la vraie : la jeune mère étant morte, il y a peu de temps, d'affection peu déterminée, mais qui semble cependant se rapporter assez nettement à la puerpéralité.

Si nous nous attardons à discuter le mode d'origine de l'infection buccale, c'est que celle-ci seule est en cause. La malade est en effet atteinte de deux chancres amygdaliens, de plus les organes génitaux, l'anus, etc., sont parfaitement indemnes.

La malade ne s'est jamais doutée de l'existence de deux chancres amygdaliens et cependant on les voit très développés, empiétant même sur le voile du palais. On ne peut dire actuellement s'ils ont débuté par l'amygdale ou le voile, car une portion du pilier antérieur est détruite et par cette large bride on peut voir presque toute la face antéro-externe de l'amygdale. Ils sont très vastes, leur surface irrégulière peut être estimée à celle d'une pièce de deux francs. Ils ont un grand diamètre dirigé de haut en bas, de dehors en dedans et que l'on peut facilement évaluer à 2 centimètres et demi. Leurs bords sont élevés, hauts, durs. Ils reposent sur une base dure. Ils saignent facilement. Les bords sont de couleur rouge violacé, le fond est saumon sale ; de place en place, sur la margelle, il est des coins argentés, polis, surtout à gauche. Tous les environs sont enflammés et œdématisés. L'isthme du voile du palais est très réduit.

On ne trouve nulle part dans la bouche d'autres manifestations syphilitiques, si ce n'est une roséole nette de la muqueuse de la voûte palatine.

La malade, qui avoue avoir eu dans son enfance des adénites cervicales strumeuses, a le *système ganglionnaire* pris de violente façon.

a) Les deux ganglions de l'angle de la mâchoire sont augmentés de volume, surtout le droit, mobiles, durs, indolents.

β) Les sous-mentonniers (geni-hyoïdiens) sont augmentés de volume,

moins gros que les précédents, mais également durs, indolents, mobiles.

x) Gros ganglion pré-mastoldien droit.

ð) Double chaîne rétro et sub-mastoldienne.

ε) Ganglions sus-claviculaires atteints d'adénite.

η) Les ganglions postéro-auriculaires
(surtout le droit) } sont augmentés de volume,
indolents durs.

θ) Les ganglions sous-occipitaux.

χ) Adénite spécifique double de l'aisselle.

λ) Doubles chaînes inguinales.

On ne trouve nulle part de lymphite.

La rate est un peu hypertrophiée, inclinée en arrière et mesure, à la percussion digitale, 13 centimètres de longueur sur 9 de largeur.

Le corps est couvert d'une *roséole floride*, abondante, maculeuse sur le tronc et les membres, accusant plutôt un type maculo-papuleux vers la région cervicale, où les éléments se régularisent et se surélèvent légèrement. Il n'existe pas de manifestations spécifiques éruptives à la paume des mains; à la plante des pieds au contraire se voient quelques macules.

Un large nævus s'étale dans la partie droite de la ceinture.

La vulve est rouge sombre; il existe un léger degré de vulvite due au défaut de propreté et d'hygiène. Clitoris et méat sont normaux. Le vagin bien au contraire n'est qu'un cul-de-sac de quelques millimètres d'étendue. Il est infranchissable aussi bien au doigt qu'au plus fin stylet. A l'ouverture des petites lèvres on ne voit qu'un mélange de plis charnus simulant d'épaisses caroncules myrtiliformes. Par le toucher rectal on sent un corps utérin gros comme un gros œuf de pigeon et placé assez bas. Il ne paraît pas y avoir de tumeur indiquant un hématomètre. On ne sent pas les annexes. La malade, qui bien entendu n'a jamais eu de règles, ne souffre pas périodiquement; cependant de temps en temps elle ressent d'assez vives douleurs abdomino-pelviennes, mais elle est très affirmative à cet égard, ces douleurs ne récidivent pas à époques déterminées.

Le foie, non augmenté de volume, est un peu douloureux à la pression.

Bruits du cœur un peu sourds à la pointe. Pouls 80. Le deuxième bruit pulmonaire est un peu métallique, mais il n'y a aucun souffle anémique.

Pas de troubles gastriques, ni inappétence, ni boulimie. Pas de troubles intestinaux.

La sensibilité est parfaitement conservée partout. Le réflexe patellaire est très net. Le réflexe plantaire est atténué.

Ajoutons que la malade se plaint depuis quelques jours d'hyperfrigidité spécifique et d'hyperhidrose palmaire. Elle a de l'insomnie, mais non pas de céphalée. Enfin elle n'accuse aucune douleur ostéocope.

Un exemple de chancre syphilitique nain.

Par M. BARTHÉLEMY.

On a déjà montré ici à plusieurs reprises des chancres remarquables par leur étendue ou par l'hypertrophie de leurs symptômes ; qu'il me soit permis de mettre sous vos yeux un chancre dont les attributs sont en sens inverse : Ici tout est petit, réduit au minimum. La lésion n'est pas inflammatoire, elle est développée sur le bord du prépuce qui n'est ni rouge ni tuméfié ; la pustule est plate, minime, ovulaire, présentant une érosion centrale de l'étendue d'un grain de chènevis, recouverte d'une croûte brune, sèche, dure, adhérente, reposant sur une mince base indurée qui déborde l'érosion de façon à lui former un étroit cadre induré de 2 ou 3 millim. d'étendue ; le tout ne dépassant pas les limites de cette pustule d'herpès unique, dont il n'est pas douteux qu'il existe des exemples, mais dont beaucoup restent suspects. Telle qu'elle est aujourd'hui constituée, la lésion est caractéristique de la lésion initiale de la syphilis et l'on ne peut s'empêcher d'être surpris qu'une sclérose si minime soit capable de déterminer dans un organisme robuste et résistant les accidents possibles à toute infection syphilitique. Ce chancre date de trente jours environ et l'adénopathie inguinale correspondante est tout aussi prononcée que s'il s'agissait d'une large ulcération spécifique. Quelle a été l'origine de ce mal ? C'est cela qu'on regrette de ne pas connaître par le détail. Je regrette de ne pouvoir faire de confrontation et d'ignorer si la syphilis génératrice de ce chancre est une syphilis atténuée par un traitement prolongé ou par une durée déjà longue ou par toute autre raison encore à peine soupçonnée. De plus, ayant vu le malade hier pour la première fois, je ne puis savoir s'il est né de parents ayant eu eux-mêmes la syphilis et s'il ne présente pas dans son organisme quelque particularité appréciable qui puisse expliquer l'état si chétif de cette plaie virulente, quelles sont, locales et générales, les causes qui ont rendu si difficile, presque nul, le développement de l'agent virulent ? D'autre part, quelle sera l'intensité future de cette infection ? Quel pronostic peut-on assigner à cette syphilis ? Bien des auteurs soutiennent, peut-être avec raison, que le chancre ne permet pas de pronostiquer et qu'il n'y a pas de critérium. Chose bizarre, 3 fois depuis huit jours, j'ai eu la même question à me poser, ayant vu deux autres *chancres nains*, venus, l'un de Tours, l'autre de Vincennes, ce dernier après une incubation de onze jours seulement. Je me souviens d'avoir vu, il y a déjà plus de dix ans, deux syphilis

qui ont ainsi débuté et qui se sont montrées par la suite, frustes, imperceptibles, comme disait Diday. L'une d'elles le fut au point que son existence fut longtemps mise en doute et que le traitement spécifique resta presque nul. Il fallut, après huit années de silence, une fièvre typhoïde grave pour révéler la diathèse ; dans la convalescence de la fièvre typhoïde, il apparut aux jambes des lésions gommeuses qui s'ulcérèrent et qui ne guérèrent que par une médication antisypilitique intensive ; ce qui prouve qu'il ne faut pas toujours attribuer à de simples conséquences de même nature que la maladie principale les lésions ulcéreuses qui peuvent se développer dans le cours ou au déclin des fièvres infectieuses ; il faut savoir en tout cas que s'il en est de simples, il en est aussi de spécifiques. Quoi qu'il en soit, j'ai vu des syphilis commencer par des chancres plus vastes et rester plus bénignes que celle à laquelle je fais allusion. Peut-être sur les 3 que j'observe actuellement, y en aura-t-il une qui pourra être assez longtemps suivie pour fixer le pronostic de ces chancres nains ?

M. BROcq. — Ces chancres de très petites dimensions et à évolution rapide sont parfois d'un diagnostic très difficile. Souvent les malades, des médecins mêmes, affectés de tels chancres, se refusent à accepter le diagnostic de syphilis porté par leurs médecins et confrères.

Cicatrices hypertrophiques consécutives à l'impétigo streptococcique.

Par F. BALZER et V. GRIFFON.

Le malade que nous avons l'honneur de vous présenter était en traitement dans notre service pour des lésions d'impétigo disséminées sur tous les membres, et nous allions le renvoyer guéri, quand au niveau du bras et de la cuisse gauche, à la place de quelques-unes des pustules, sont apparues des cicatrices saillantes, d'aspect kéloïdien, assez rares puisque nous n'avons pu en constater d'analogues au musée, et que voici reproduites sur le moulage que nous avons fait faire.

Cette homme, âgé de 32 ans, couché au lit n° 9 de la salle Hillairet depuis le 12 février 1897, était porteur dès la fin de novembre 1896, de lésions impétigineuses. Presque tous les ans, dit-il, il voyait survenir une pareille éruption, mais celle-ci durait peu, et ne laissait jamais de traces. Il vint le 19 janvier dernier à la consultation de Saint-Louis, présentant donc depuis deux mois sur la face interne des deux cuisses et la face externe des avant-bras des lésions pustulo-croûteuses qu'on attribua à la gale : il fut soumis au traitement, mais ne fut pas guéri.

Trois jours après, il constata au contraire qu'à l'avant-bras gauche les lésions s'étaient accentuées. Il revint huit jours après à la consultation, où on lui ordonna des cataplasmes de farine d'amidon et la pommade à l'oxyde de zinc.

Il entre alors, non amélioré, à la salle Hillairet, où nous portons le diagnostic d'impétigo des membres. Sous l'influence d'un traitement simple, enveloppement dans des compresses boriquées recouvertes de taffetas, puis pommade à l'oxyde de zinc, les pustules et les ulcérations ne tardent pas à disparaître.

L'analyse bactériologique du pus des pustules, pratiquée le lendemain de l'entrée du malade, a révélé la présence du streptocoque à l'état de pureté, aussi bien par les cultures sur gélose et dans le bouillon, que sur les lamelles colorées par le bleu de Kühne et par la méthode de Gram.

A la fin de février, le malade pouvait être considéré comme guéri, et en effet beaucoup de pustules avaient seulement laissé à leur suite une cicatrice un peu pigmentée, quand en le découvrant nous avons constaté au bras gauche et à la cuisse du même côté une cicatrisation anormale, intéressante, de beaucoup d'éléments pustuleux.

Sur la face postéro-externe de l'avant-bras gauche, dans sa moitié supérieure, et sur la partie inférieure du bras, tout près du coude, sont disséminées des cicatrices saillantes (au toucher et à la vue) presque circulaires, à bords parfois irréguliers, nummulaires; elles sont isolées ou se touchent par un point de leur circonférence; dans ce dernier cas on a un placard à contours polycycliques résultant de la fusion incomplète de deux à trois éléments. Elles sont rosées, molles, moins dures, moins fibreuses que les vraies kéloïdes, dont cependant on ne peut s'empêcher de rapprocher ces lésions. Leur surface est un peu crevassée, et desquame finement. Autour de la cicatrice est un cercle érythémateux large de un millimètre. Les cicatrices sont mobiles sur les plans sous-cutanés.

Au commencement de mars, nous avons vu survenir une nouvelle pustule d'impétigo parmi les cicatrices que nous venons de décrire, véritable signature de l'origine impétigineuse de ces lésions.

A la cuisse gauche, le malade porte également deux cicatrices hypertrophiques, nummulaires, tandis que seulement des taches pigmentées, brunâtres, marquent la trace des pustules avoisinantes.

Au niveau du poignet droit, on remarque une cicatrice étoilée, franchement kéloïdienne celle-là, consécutive à une blessure par une pointe de fleuret survenue au cours d'un duel quand le malade était au régiment.

Peut-être est-ce à une prédisposition aux kéloïdes, dont cette cicatrice est témoin, que notre malade doit d'avoir présenté ces cicatrices hypertrophiques à la suite de son impétigo.

N'est-ce pas aussi parce que le streptocoque, séjournant au niveau de la base des pustules plus longtemps qu'il ne fait d'habitude lorsqu'il cause l'impétigo, y a amené une abondante prolifération embryonnaire, que nous observons ce caractère spécial de cicatrisation. Cette

hypothèse nous expliquerait pourquoi il n'y a que certaines pustules, et non toutes, qui présentent cette particularité.

D'ailleurs, ces cicatrices semblent n'avoir que passagèrement les caractères des kéloïdes ; elles se sont déjà notablement affaissées, et bientôt sans doute elles ne seront plus en élévation sur les téguments.

Tuberculose miliaire en nappe de la muqueuse de la joue et des lèvres.

Par M. GEORGES THIBIERGE.

Mét..., argenteur, âgé de 34 ans, vient me consulter le 17 février dernier, à la Policlinique dermatologique de l'hôpital de la Pitié, pour une lésion de la muqueuse buccale remontant au mois de juin 1896.

A cette époque, il a constaté le développement, à la partie moyenne de la face interne de la joue, d'une petite plaque saillante de la dimension d'une petite lentille. Cette lésion fut cautérisée successivement en province, au nitrate d'argent, à l'acide lactique et au thermocautère et continua de s'accroître. Au mois d'août, elle s'était transformée en une tumeur de la grosseur d'une mandarine, déformant la joue et donnant issue, par une perforation intra-buccale, à une certaine quantité de pus ; à cette époque, apparurent pour la première fois les adénopathies sous-maxillaires.

Au mois de décembre, le malade entra à l'hôpital Saint-Louis ; la tuméfaction avait encore le volume d'une mandarine ; il n'y avait pas d'écoulement de pus. Le malade reçut une injection de calomel, à la suite de laquelle la tuméfaction disparut presque complètement ; mais il fut atteint d'une stomatite qui obligea à suspendre le traitement mercuriel, et il fut soumis uniquement à un traitement local (acide lactique, iodoforme, galvanocautère) ; il ne peut dire en quel état sa muqueuse buccale se trouvait à sa sortie de l'hôpital Saint-Louis (1^{er} février) ; mais il assure qu'à cette époque la tuméfaction de la joue n'était plus appréciable extérieurement. Elle n'est redevenue apparente que vers le 10 ou le 12 février.

Au moment où il vint me consulter à l'hôpital de la Pitié, le malade était à peu près dans l'état où on peut le voir actuellement.

La joue droite est tuméfiée, formant une saillie arrondie, analogue à celle d'une fluxion, dont le point saillant est situé au niveau de la commissure labiale, à 3 centimètres en arrière d'elle.

Les lèvres sont également tuméfiées, un peu renversées en dehors. Des deux côtés, la région sous-maxillaire, tuméfiée, est le siège d'un empâtement, dans lequel on distingue un groupe de ganglions lymphatiques, durs, de la dimension d'une grosse noisette environ, un peu plus volumi-

neux à gauche qu'à droite. Des ganglions moins volumineux peuvent également être constatés dans la région sterno-mastoïdienne gauche et dans le creux sus-claviculaire.

A la face interne de la joue droite, la muqueuse est tuméfiée, formant une plaque de surface irrégulière, qui mesure la dimension d'une pièce de cinq francs environ; cette tuméfaction se prolonge irrégulièrement sur la partie postérieure de la joue, atteignant le bord externe du pilier antérieur du voile du palais en haut, le niveau de la troisième molaire en bas; elle se prolonge également en avant sur les lèvres, jusqu'au niveau de la canine gauche en bas, jusqu'à la ligne médiane en haut; les lésions s'arrêtent sur le bord libre des lèvres, elles occupent toute la hauteur de la joue, se prolongeant jusque sur la partie supérieure de la gencive supérieure et respectant la gencive inférieure.

Cette tuméfaction mesure 1 à 2 millimètres d'épaisseur et est limitée par un bord nettement accusé. A son niveau, la muqueuse est légèrement translucide, d'une coloration rouge assez prononcée, tirant légèrement sur le violet et contrastant nettement avec la teinte pâle des parties saines de la muqueuse.

Dans toute son étendue, elle est ponctuée d'un grand nombre de taches blanches, arrondies, ayant au maximum 2 tiers de millimètre de diamètre; ces taches blanches, isolées de 2 ou 3 millimètres au plus sur le prolongement qui tapisse les lèvres, ne font à ce niveau aucune saillie sur la muqueuse, dans laquelle elles sont enchâssées. A la face interne de la joue, elles sont beaucoup plus nombreuses, confluentes par places, font sur la muqueuse une saillie appréciable et rappellent assez les éléments du lichen de Wilson des muqueuses.

La consistance des portions tuméfiées est mollassse dans la plus grande partie de leur étendue, principalement au niveau des lèvres; dans les parties où les points blancs sont confluentes, en arrière de la commissure labiale, la consistance est plus ferme, supérieure à celle de la muqueuse normale.

M... est très amaigri, cachectique; il a une fièvre vespérale suivie de transpirations abondantes; aux sommets des deux poumons, principalement à droite, on constate des signes de ramollissement étendu; l'examen de ses crachats y a montré l'existence de bacilles de Koch.

Les troubles pulmonaires ont débuté, affirme-t-il, à peu près à l'époque où est apparue la lésion de la joue.

Les caractères de la lésion de la muqueuse buccale dans laquelle on constate nettement la présence de tubercules miliaires, son existence avec une tuberculose pulmonaire indubitable ne peuvent laisser d'hésitation sur sa nature. Il s'agit de tuberculose de la muqueuse buccale, mais d'une forme spéciale, tuberculose en nappe, avec tubercules miliaires cohérents par places, extraordinairement abondants dans tous les points. Cette forme de tuberculose, déjà décrite à

plusieurs reprises, à la langue, où elle avait été parfois précédée d'ulcérations tuberculeuses revêtant la forme classique, n'a pas été, que je sache, signalée sur la muqueuse des joues et des lèvres.

Sur la nature, la cause et le mécanisme de la calvitie vulgaire.

Par M. SABOURAUD.

L'étude des teignes m'a conduit à l'étude de la pelade ;
L'étude de la pelade m'a conduit à l'étude de la séborrhée ;
L'étude de la séborrhée me conduit à l'étude de la calvitie.

Tous ces faits se sont enchaînés, leur désordre n'est qu'apparent, car la guérison des teignes serait assurée si l'on savait provoquer à leur place une alopecie passagère : c'est la recherche d'une toxine peladique. La pelade se présente comme une séborrhée spéciale, d'où l'étude de la séborrhée vulgaire. Enfin, la séborrhée grasse cause la calvitie dont je suis directement conduit à envisager l'origine, la nature et le mécanisme. Ainsi se trouve expliqué l'objet présent de ce travail. Celui qui cherche connaît son but final et le poursuit, mais ce sont les faits qui le mènent.

Le tableau de la séborrhée grasse, tel que je l'ai exposé récemment (1) est inséparable du tableau de la calvitie vulgaire.

La séborrhée grasse du cuir chevelu conduit infailliblement à la calvitie, comme elle détermine dans des conditions qu'il faudra préciser la pelade, calvitie locale et momentanée. Séborrhée grasse, pelade, calvitie, sont des anneaux d'une même chaîne, relèvent du même parasite causal, et ce qui relie entre eux ces trois syndromes c'est la dépilation, résultat constant de la même infection microbienne.

En ces trois processus morbides, le symptôme « séborrhée grasse », le flux de sébum est le moins important de beaucoup. La dépilation concomitante est un phénomène infiniment plus grave et plus évident. Le micro-bacille de la séborrhée est avant tout « celui sans la » permission duquel aucun cheveu ne tombe de notre tête ». C'est proprement et précisément le *microbe de la calvitie*.

Établi en quelque follicule que ce soit, le micro-bacille y donne lieu

(1) SABOURAUD. La séborrhée grasse et la pelade. *Annales de l'Institut Pasteur*, février 1897.

à l'hypertrophie sébacée et à la chute du poil. J'ai étudié déjà ce mécanisme dans la pelade (1). Je veux l'étudier maintenant dans la calvitie et démontrer que la calvitie vulgaire n'est qu'une infection séborrhéique chronique et progressive.

Sans doute ce phénomène est cliniquement connu que la séborrhée grasse est dépilante et que c'est par son intermédiaire que la calvitie vulgaire s'établit. Mais entre une constatation empirique et une certitude de fait, il y a beaucoup de chemin. On a dit tout cela, mais je vais le prouver, ce qui est bien différent.

La calvitie vulgaire est restée jusqu'ici l'une des deux ou trois pierres angulaires de la diathèse arthritique, son témoin le plus assuré, sa manifestation la plus purement diathésique ; il n'est donc pas indifférent de prouver qu'elle est au contraire l'une des maladies les plus extraordinairement et les plus purement microbiennes que l'on puisse jamais rencontrer.

I. — Schéma général de l'infection séborrhéique en tous sièges.

Avant d'étudier l'infection séborrhéique en ses divers cas particuliers, il faut envisager d'abord d'une façon générale quels sont ses caractéristiques constantes en tous sièges.

L'ensemencement de chaque follicule se fait par l'orifice pileaire. La colonie s'insinue sous forme d'une mince lame microbienne entre le cheveu et la paroi épidermique du follicule. Elle descend jusqu'au niveau d'aboutement de la glande sébacée.

L'irritation épithéliale déterminée au voisinage se traduit par la formation de strates cornées successives qui enkystent la colonie microbienne. Ce kyste, ordinairement, n'enveloppe pas le cheveu mais s'adosse à lui en le repoussant excentriquement (schéma I).

Telle est la naissance de l'infection séborrhéique, son stade d'établissement dans le follicule pilo-sébacé. Aussitôt commencent les phénomènes réactionnels auxquels donne lieu l'infection folliculaire. Ils sont au nombre de quatre, et ils sont constants.

Le premier en date est l'*hypersécrétion sébacée*. Quel est son mécanisme ? Est-ce l'obstruction simple du canal d'excrétion de la glande qui provoque le flux de sébum ? Est-ce au contraire un phénomène d'intoxication propre au microbe ? Cela est pour le moment pure hypothèse. Restons dans les faits prouvés : toutes les fois que le micro-bacille séborrhéique a formé son cocon dans un follicule, l'hypersécrétion sébacée s'établit aussitôt.

(1) SABOURAUD. Sur les origines de la pelade. *Bulletin de la Société*, mars, avril, mai, juin 1896.

Mais l'hypersécrétion s'accompagne en très peu de temps de l'*hypertrophie glandulaire*, et ceci est le deuxième résultat constant de l'infection microbienne. La glande sébacée augmente de volume progressivement. Avec le temps, de nouveaux lobules glandulaires se forment et la glande devient énorme. Elle peut doubler, tripler, et même en plusieurs années décupler son volume normal.

Le troisième phénomène dont l'infection séborrhéique s'accompagne toujours, c'est l'*atrophie papillaire progressive* du follicule infecté. Anatomiquement, ce processus est complexe. Autour du follicule survient d'abord une réaction cellulaire à distance. Des cellules migratrices qui sont des lymphocytes et des *Mastzellen* d'Erlich se disposent :

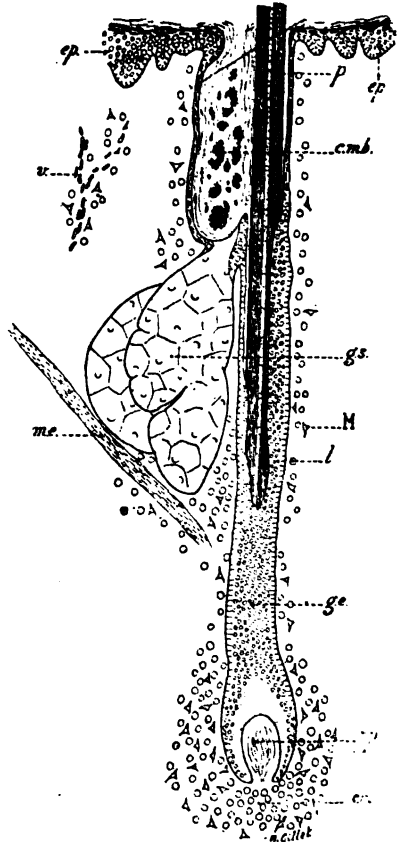
- a) En séries linéaires autour de l'utricule microbienne;
- b) Autour des vaisseaux du voisinage;
- c) En un point fixe qui est l'aisselle de la glande sébacée;
- d) Autour de la base du follicule et de la papille pileaire.

Consécutivement la papille perd de son activité fonctionnelle et les phénomènes dont elle devient le siège s'observent dans l'ordre suivant :

D'abord les troubles fonctionnels portent sur la faculté chromogène; le pigment s'extravase hors des cellules malphigiennes qui coiffent immédiatement la papille, et forme autour d'elles un nuage diffus de granulations.

Consécutivement les cellules pigmentaires du poil perdent de leur coloration.

En même temps les cellules dites médullaires cessent de se pro-



SCHEMA I *.

* e.p. Épiderme. — p. Poil. — c.m.b. Colonies micro-bacillaires. — v. Vaisseau. — g.s. Glande sébacée. — M. Mastzelle d'Erlich. — l. Lymphocyte. — g.e. Gaine épithéliale du follicule. — p.p. Papille pileaire. — c.m. Cellules migratrices.

duire, et le diamètre du poil diminue progressivement. Il perd ainsi ses attributs de poil ou de cheveu adulte pour reprendre sur place les caractères du poil follet dépourvu de pigment et de moelle.

Enfin le quatrième et dernier phénomène consécutif à l'infection séborrhéique est *la mort complète du poil*.

La papille cesse complètement de le former. Son bulbe creux devient un bulbe plein. Il meurt et il est éliminé.

Tel est le tableau complet des lésions anatomiques consécutives à l'infection séborrhéique. J'ai longuement étudié il y a un an ces transformations et ces phénomènes dans la Pelade. Je les croyais alors spéciaux à cette maladie. Ils ne le sont nullement. Rien ne distingue au point de vue anatomique un follicule peladique d'un follicule séborrhéique; rien si ce n'est: que sur une plaque peladique *tous* les follicules sont frappés, tandis que sur un cuir chevelu séborrhéique les follicules infectés sont plus ou moins rares parmi les follicules sains.

Les lésions consécutives en chaque follicule à l'infection séborrhéique peuvent être résumées en peu de mots: Quant le micro-bacille de la séborrhée est inoculé en un follicule pilo-sébacé, il s'ensuit quatre phénomènes constants: Deux phénomènes anatomiques: l'hypertrophie sébacée, l'atrophie progressive de la papille du poil; deux phénomènes fonctionnels: le flux de sébum et la mort du poil.

II. — Le phénomène de la dépilation séborrhéique sur les régions dites glabres.

Le phénomène de la dépilation est celui-là seul que je me propose d'étudier ici. S'il est une suite constante de l'infection séborrhéique il doit pouvoir se démontrer même sur les régions glabres, car toute glande sébacée est l'annexe d'un follicule pileux petit ou grand. C'est par cette démonstration première que je commencerai.

Prenons d'abord la séborrhée huileuse du visage. Tout le monde la connaît, bien qu'on en ignore la cause microbienne. Cette *acné oleosa* des anciens auteurs français, c'est une infection séborrhéique de tous les pores du centre du visage. Une simple pression fait sourdre de la peau les cocons microbiens séborrhéiques. Le développement excessif de ces cocons fait le comédon de l'Acné dite juvénile. Le comédon va nous fournir la démonstration que nous cherchons du pouvoir dépilant du micro-bacille, sur les régions dites glabres.

Quand on pratique des coupes sérieuses de comédon on peut d'abord vérifier sur elles tous les points de la description qu'en ont exactement donné Unna et Hodora. Le seul reproche qu'on puisse faire à

ces auteurs est de n'avoir pas vu que le comédon avec son développement monstrueux n'était qu'une forme ultime et locale d'une infection séborrhéique généralisée. C'est ainsi qu'ils ont méconnu l'infection cutanée générale dans laquelle le comédon n'est qu'un incident accessoire. Et parce qu'ils n'ont pas rattaché la séborrhée dépilante du cuir chevelu à la séborrhée du visage, ils n'ont pas remarqué non plus dans le comédon l'atrophie pileaire qu'il détermine. Cependant quand on a observé dans le noyau du comédon le prodigieux développement de la colonie microbienne causale, si l'on recherche autour d'elle et dans les coupes sérieées successives ce qu'est devenu le poil de ce follicule pileaire, on découvrira entre les enveloppes du comédon deux, quatre, et même six ou huit follets atrophiés, contournés et morts, enclavés entre ses enveloppes (schéma II). Ainsi pendant la durée de vie du cocon séborrhéique dans ce follicule, plusieurs générations successives de poils ont essayé de se produire et sont mortes consécutivement.

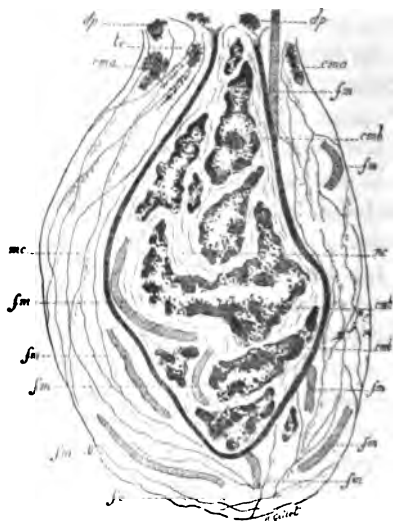


SCHÉMA II *.

Que l'on recherche pareillement sur des acnéiques avérés les quelques comédons égarés sur la lisière du cuir chevelu au milieu des cheveux sains, on verra que l'orifice pileaire qu'ils occupent ne montre pas de cheveux.

Que l'on examine de même sur la nuque des gens à peau grasse, les points noirs que les savonnages ne font pas disparaître ; ce ne sont pas des comédons car l'expression de la peau ne les expulse pas. Mais quand on les examine à la loupe on observe que ce sont des orifices pileaires d'où sortent des bouquets de follets que la pince peut épiler. Ils sont quinze, vingt et même vingt-cinq, contigus l'un à l'autre, enveloppés d'une gangue grasse où la coloration révèle le bacille séborrhéique par millions.

Là encore la fonction microbienne s'est accomplie pendant un laps

* *d.p.* Débris pigmentaires. — *t.c.* Tête du comédon. — *c.m.a.* Colonies microbiennes, accessoires. — *f.m.* Follets morts. — *c.m.b.* Colonies micro-bacillaires. — *n.c.* Noyau du comédon. — *f.c.* Fond du comédon. — *m.c.* Manteau du comédon.

de temps considérable. Inutilement la papille a 25 fois essayé de reproduire un cheveu, invariablement frappé de mort avant d'avoir pu se développer.

Ainsi la mort fonctionnelle de la papille pileuse en tout follicule envahi par la colonie séborrhéique est un phénomène constant, un phénomène qui se retrouve et s'observe même sur les régions dites glabres, où la petitesse des follets de ces régions l'a seulement fait méconnaître.

Je me rappelle ce fait, énoncé par un clinicien, très minutieux observateur (1) que le traitement actif de la séborrhée acnéique du visage y faisait apparaître des poils en des régions qui n'en avaient jamais montré. Pour lui l'agent thérapeutique agissait en excitant directement la fonction pileuse des papilles. Cette interprétation est erronée, mais le fait est vrai. Le micro-bacille supprimé, le poil repousse.

Parcèlement il est de constatation vulgaire que les jeunes gens acnéiques, c'est-à-dire séborrhéiques, ont le buste glabre. Partout où l'infection séborrhéique est générale, les poils sont supprimés par l'infection folliculaire.

III. — La séborrhée dépillante du cuir chevelu.

Le problème de l'infection séborrhéique garde et gardera même après ce travail un grand nombre d'inconnues. Parce que l'on creuse une question scientifique, ce n'est pourtant pas prétendre en éclairer toutes les causes profondes.

Pourquoi la séborrhée commence-t-elle invariablement par le centre du visage et garde-elle constamment une préférence pour les régions naso-génienues?

Pourquoi lorsqu'elle envahit le buste, garde-t-elle une prédominance aux régions présternales et inter-scapulaires?

Pourquoi encore la localisation pénienne et scrotale fréquente? Autant de questions non résolues. Peut-être ne sont-elles pas insolubles. L'anatomie normale en nous montrant suivant les régions de grosses différences entre la dimension des glandes sébacées pourrait en faire induire des hypothèses fort plausibles. Mais ce serait des hypothèses et je m'en abstiens.

Au cuir chevelu l'infection séborrhéique présente des inconnues analogues. Pourquoi certaines gens (j'en ai fait la preuve jusque sur l'un de mes maîtres) présentent-ils, avec une séborrhée confluyente du visage, un cuir chevelu intact où l'examen ne montre aucun micro-bacille?

(1) PAYNE. Société médicale de Londres. In *Semaine médicale*, 1896, p. 135.

Pourquoi cette infection, quand elle envahit le cuir chevelu, débute-t-elle invariablement par le creux des tempes et le sommet du vertex en respectant longtemps une touffe de cheveux frontale? Evidemment le microbe s'implante là où il peut vivre. Mais la biologie se résout et la bactériologie elle-même en questions d'ordre chimique. Et cette chimie nous est inconnue. C'est pourquoi je m'abstiendrai d'en discourir. *Ce qui est certain et démontrable c'est que l'infection séborrhéique envahit très souvent le cuir chevelu; que la dépilation des régions envahies s'ensuit toujours et nécessairement; que cette dépilation est proportionnelle au degré de l'infection séborrhéique; et qu'elle s'arrête quand l'infection est enrayée. Ce qui est également certain et démontrable, c'est que cette dépilation progressive aboutit avec les progrès de l'infection à la calvitie vulgaire, localisée comme l'infection elle-même au vertex; enfin que cette calvitie demeure microbienne alors même qu'elle est pleinement constituée.*

On se demande par quelle erreur consolidée de logique et d'observation clinique le mot de séborrhée, dont le sens étymologique est si précis, a été attribué au cuir chevelu à des affections squameuses même lorsqu'elles ne présentent pas le moindre flux de sébum, tandis que, par une autre erreur séculaire, on distinguait au visage sous le nom d'acné huileuse, le type le plus pur et le plus achevé de la séborrhée. On s'explique encore moins cette erreur lorsqu'on observe au cuir chevelu la séborrhée grasse identique à l'acné oleosa du visage.

Et pourtant les dermatologistes connaissent bien ces sujets séborrhéiques gras qui les assiègent pour obtenir d'eux la guérison de leur calvitie grandissante. Ils ne présentent aucune desquamation quelconque sur leur cuir chevelu, pas plus que sur leur visage, séborrhéique, mais une couche grasse et brune, indéfiniment renaissante couvre le sommet de leur tête et les cheveux de la région tombent par centaines.

Le raclage pratiqué directement avec une simple lame de verre prélève sur un cuir chevelu séborrhéique deux éléments distincts de diagnostic : du sébum et des cheveux morts.

Le sébum. — Pour tout le monde, cette matière de consistance huileuse et qui semble homogène est du sébum en nature. Une expérience bien facile suffit à réformer cette opinion. Ce sébum extrait par raclage, portez-le dans un tube à essai contenant de l'éther et vous verrez cette matière soi-disant homogène se résoudre en d'innombrables petites masses ovoïdes qui sont les cocons microbiens de la séborrhée.

Donc ce sébum effusé, celui que l'on prélève par raclage, est uniquement formé par l'agglomération des colonies microbiennes primi-

tivement contenues dans les follicules et que les follicules ont évacué.

Répétée de même avec la séborrhée huileuse du visage cette expérience est identique et d'une démonstration péremptoire. Je crois qu'il n'est pas possible de prouver d'une façon plus nette et par une expérience plus simple l'identité de la lésion élémentaire en deux maladies classées jusqu'ici comme différentes.

Ces séborrhées grasses dépilantes, pures de tout mélange pityriasique, sont les cas qu'il faut étudier avant tous autres. Car les pityrias capitis quand ils viennent se surajouter à la séborrhée grasse sont le résultat d'infections secondaires. Si l'on choisit une séborrhée pure et non desquamante, la démonstration des faits que j'avance en sera plus rigoureuse : un cocon isolé ou une parcelle de sébum écrasé sur une lame de verre y montrera le bacille séborrhéique pur et par milliards (1).

Ce mode d'examen, tout probant qu'il soit, est défectueux. Il peut conduire, et je le montrerai tout à l'heure, à de graves erreurs d'interprétation des faits.

La méthode indispensable d'étude est la biopsie. Elle seule montre la localisation folliculaire de l'infection et permet de vérifier les lésions histologiques caractéristiques de la maladie.

Le cheveu mort séborrhéique. — Le raclage d'un cuir chevelu séborrhéique amène toujours assez de cheveux pour suffire à tout examen. Mais il suffit même de broser la tête d'un séborrhéique audessus d'un papier blanc et d'examiner ensuite à la loupe les cheveux tombés pour voir tout ce que je vais décrire.

Les cheveux tombés sont de diverses longueurs et d'inégal diamètre, mais tous se ressemblent en ceci : que leur diamètre se rétrécit de haut en bas à mesure que leur coloration diminue. Leur racine est un bulbe plein.

Je l'ai dit, l'examen microscopique vient donner la raison anatomique de ces lésions objectives. Les cheveux à leur base effilés ont perdu leur pigment et leur moelle parce que la papille qui les produisait perdait chaque jour de son pouvoir fonctionnel.

On peut rapprocher de cette description celle que j'ai donnée du poil peladique à une époque où je ne connaissais aucunement le mécanisme de l'alopecie séborrhéique. Ses deux descriptions sont identiques, parce que le cheveu de la pelade est foncièrement identique à celui de la séborrhée. Sans doute, dans la pelade, le processus de dépilation est plus actif et plus rapide, dès lors la difformité du poil mort de la pelade apparaît plus nette à l'œil de ceux mêmes qui ne verront pas sans la loupe la difformité du poil mort de la séborrhée.

(1) Étendre cette parcelle sur une lame de verre ou écraser le cocon contre deux lames, laver à l'éther pour dissoudre les graisses et clore par la méthode de Gram-Weigert. Pour plus de détails, voir *La Séborrhée grasse et la Pelade, Loc. cit.*

Mais c'est là une différence de degré. Le microscope vient suppléer à l'insuffisance de l'œil et rétablir la vérité des faits.

Qu'on ne vienne pas d'ailleurs parler de cette trichoptilose terminale du poil peladique qui a si longtemps passé pour spécifique. Vraiment elle est légendaire. C'est faire d'un accident rare et superposé à la pelade le symptôme capital de la maladie, je l'ai assez longtemps étudié pour être en droit de conclure à son non-valeur. Le cheveu fragile de la séborrhée affirme la mort progressive de la papille et il n'affirme que cela. Dans la séborrhée grasse du cuir chevelu nous retrouvons donc tous les symptômes capitaux de l'infection séborrhéique : la présence dans le follicule du cocon microbien suivi du flux de sébum, de la mort progressive du poil et de son éviction spontanée.

IV. — Erreurs d'observation et d'interprétation au sujet des faits précédents.

L'étude de la séborrhée du cuir chevelu demande à être conduite avec une méthode rigoureuse ; car, en ce sujet plus qu'en beaucoup d'autres, les erreurs d'observation et d'interprétation sont faciles. Je suis conduit à examiner les plus importantes.

I. — L'examen des séborrhées par le procédé du simple raclage suivi de l'examen extemporané est, je l'ai dit, une des principales causes d'erreur.

Si, au lieu d'examiner les séborrhées par le prélèvement du sébum en surface, M. Unna avait employé la biopsie, nul doute qu'il eût reconnu dans l'utricule séborrhéique l'embryon du comédon et qu'il eût réuni comme je l'ai fait, l'acné huileuse à la séborrhée dépilante comme relevant d'une même cause, même en l'absence de toute méthode de culture. Et, en effet, dans le sébum effusé qui n'est constitué que par la masse des cocons séborrhéiques expulsés des follicules, le microbe se retrouve en masses si prodigieusement abondantes que l'esprit suppose, presque forcément, le développement *in situ* du microbe dans le sébum une fois excrété et que l'idée ne vient aucunement d'une culture *intra-folliculaire* incessamment rejetée au dehors. De là à faire du micro-bacille un vulgaire saprophyte de la peau il n'y a qu'un pas. On le franchit et le micro-bacille devient simplement l'hôte habituel du sébum effusé, le résultat de la séborrhée et non sa cause. Mon travail sur la séborrhée est bien jeune, cependant il a déjà rencontré cette objection. On sait que la même objection a été faite par Bouley pour la morve, par Delafond pour le charbon : « Vicié par la maladie charbonneuse, disait Delafond, le sang a subi une crase qui permet ensuite à la bactériémie de s'y développer. »

Les termes mêmes de cette phrase ont vieilli au point de nous paraître ridicules, mais l'objection reste et reparait à chaque maladie microbienne nouvelle, c'est une crise de jeunesse que chacune doit traverser.

Je ne m'attarderais pas à réfuter cette opinion, croyant que les faits qui précèdent et qui vont suivre y suffiront, mais cette fausse interprétation des faits s'appuie sur une erreur considérable de la physiologie cutanée qui demande à être relevée.

II. — On se figure généralement le follicule pileire ouvert à tous les germes errants, et d'un envahissement microbien facile. Un doigt de gant épidermique appartenant à la surface tégumentaire, *a priori* chacun le croira hanté par les mêmes microbes banals que le raclage de la peau peut mettre en évidence.

Rien n'est plus faux que cette opinion. La pathologie comme la physiologie du follicule pileire sont tout à fait distinctes de la physiologie et de la pathologie épidermiques.

Même dans le *pityriasis simplex* le plus accusé, dans un cas où

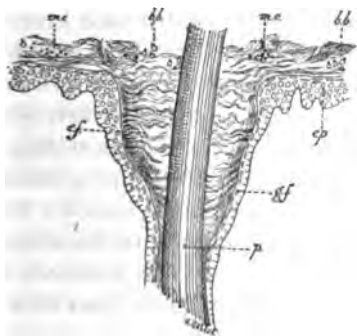


SCHÉMA III *.

les coupes verticales du cuir chevelu démontrent sous chaque squame épidermique, des lits compacts de microbes, l'orifice folliculaire de tous les cheveux, au-dessous de l'épiderme circonvoisin se montre rigoureusement stérile.

(Schéma III.) Il est légèrement infundibulaire cependant, mais ses lames cornées épidermiques, striées transversalement et comme frisées ne montrent aucun microbe moins de 1/2 millim. au-

dessous de l'émergence du cheveu. Si l'on excepte du sujet les folliculites suppuratives et les infections mycosiques des teignes, bien spécifiques d'ailleurs, les infections microbiennes intra-folliculaires sont d'une telle rareté qu'après des années d'étude, je ne connais pas d'autre microbe que le bacille de la séborrhée qui soit capable de les produire.

Au point de vue de l'anatomie générale, assurément le follicule n'est qu'un diverticule épidermique, mais l'œil aussi n'est qu'un bourgeon épithélial. Cependant on ne peut assimiler un hypopyon à une épidermite suppurative de la peau vague. Au point de vue pathologi-

* m.c. Micrococques. — b.b. Bacille bouteille. — e.p. Épiderme. — e.f. Entonnoir folliculaire. — g.f. Gaine folliculaire. — p. Poil.

que, la peau et le follicule ne sont pas moins distincts que la peau et l'œil. Comparer leurs infections microbiennes est une erreur de fait. Les eczémas des régions pilaires passent au-dessus des follicules sans les infecter. Inversement les folliculites s'observent sans infection épidermique de voisinage.

Ainsi et par sa seule localisation intra-folliculaire la lésion de la séborrhée est aussi spécifique que par sa forme enkystée toujours la même, que par ses colonies microbiennes toujours pures. Cette lésion est aussi spécifique et particulière que le godet favique ou que n'importe quelle infection parasitaire profonde telle que le kyste intramusculaire de la trichine ou les tubercules viscéraux.

III. — Il existe dans le sujet une troisième cause d'erreur que je puis d'autant mieux relever que j'y suis tombé moi-même.

« Il y a, dira-t-on, des pityriasis simplex du cuir chevelu qui s'accompagnent de dépilation assez abondante, et où l'examen clinique ne révèle pourtant pas de signe extérieur de séborrhée grasse. »

Tout d'abord et malgré le texte de l'Écriture que j'appliquais tout à l'heure au bacille séborrhéique je ne prétends pas vraiment qu'aucune papille pilaire ne puisse fonctionnellement mourir sans l'intervention préalable du micro-bacille séborrhéique. On ne peut nier par exemple les alopecies infectieuses d'ordre général, ou celles qui suivent un traumatisme local, mais en ce qui concerne le pityriasis simplex la question des infections mixtes de pityriasis et de séborrhée est à étudier. Car ces deux infections se mélangent en toute proportion. De même qu'on peut rencontrer une séborrhée huileuse franche, très légèrement pityriasique du fait d'infections épidermiques surajoutées; de même on rencontre très souvent des pityriasis secs auxquels se surajoute diffusément un petit nombre de points d'infections séborrhéiques folliculaires.

Pour se rendre compte de ces faits il faut procéder ainsi que je l'ai fait moi-même. Sur une tête pityriasique où la chute des cheveux a été observée, on cherche à la pince un poil qui vienne sans résistance, ce point étant marqué, on l'enlève par biopsie. En examinant successivement ses coupes sériées on rencontre au milieu d'orifices pilaires qui ont conservé leur cheveu, l'orifice pilaire qui n'en possède pas... et on trouve en son sommet la colonie micro-bacillaire de la séborrhée. J'ai les coupes sériées démonstratives de ce fait.

Ainsi donc, quand les pityriasis s'accompagnent d'alopecie, c'est qu'il y a une affection séborrhéique sous-jacente. Et je puis ajouter que la dépilation s'observe au *prorata* de l'infection séborrhéique causale.

Même dans ces cas, du reste, l'examen microbien par raclage dur en donne souvent une idée juste, car les colonies micro-bacillaires isolées au milieu des infections pityriasiques habituelles (cocci, bacille-

bouteille) se rencontrent assez facilement dans le champ d'une préparation extemporanée.

V. — Infection séborrhéique progressive du cuir chevelu, constitution de la calvitie.

Un traitement bien conduit (2) arrête en moins d'une semaine une poussée aiguë de séborrhée, mais pour affirmer qu'une régression définitive de la maladie est possible il faudrait une expérience plus âgée que n'est la mienne. Ce qu'on voit chaque jour au contraire c'est la progression lente et « implacable » de l'infection et de la calvitie, sa conséquence.

La marche de l'infection est d'ailleurs diverse et individuelle. Souvent l'envahissement microbien est lent, graduel, et toujours chronique. Chez d'autres au contraire, chez les jeunes en particulier, l'infection graduelle et chronique est coupée de poussées aiguës paroxystiques. Ces poussées intenses d'infection se produisent sans causes apparentes. Un traitement actif les enraye et l'envahissement reprend sa marche chronique. Car une affection aussi lente, aussi tenace, n'est jamais soignée sérieusement parce que le patient se lasse tandis que l'infection se renouvelle.

J'ai dit ici même (3) et j'ai répété ailleurs (4) que l'infection séborrhéique folliculaire est toujours passagère dans un follicule, la première fois qu'elle se produit. Car, si le poil frappé de mort est rejeté par le follicule sans entraîner l'utricule microbienne en dehors, bientôt la papille malade sécrète un bouchon informe de cellules et de pigment qui monte dans le follicule en cheminant, comme le bol alimentaire dans l'intestin et qui vient chasser le cocon microbien hors du follicule. Mais si pendant le laps de temps où la papille demeurera

(1) A côté des infections mixtes de pityriasis et de séborrhée, il est bon de faire remarquer également que la séborrhée grasse dépilante peut coexister avec toute alopecie infectieuse d'ordre général, avec l'alopecie syphilitique par exemple. Dans ce cas l'alopecie atteint à des proportions inaccoutumées et l'on peut noter sa tendance à former des *plaques* alopeciques très peladoïdes, *ailleurs même qu'au vertex*. Sur ces plaques l'infection bacillaire séborrhéique est aussi facile à démontrer que sur une plaque de pelade vraie.

Ces observations d'attente sont à rapprocher du fait maintes fois signalé par M. le professeur Fournier de la fréquence de la pelade chez les syphilitiques.

(2) Le traitement de la séborrhée dépilante qui nous a donné les meilleurs résultats est le suivant :

Trois fois par semaine, le soir, application d'une pommade contenant : soufre, huile de cade et bioxyde jaune Kg. Le lendemain matin, savonnage et friction à la brosse chargée d'alcool et éther, parties égales, résorcinées à 2 0/0.

(3) Sur les origines de la pelade. *Loco citato*.

(4) La séborrhée grasse et la pelade. *Annales de l'Institut Pasteur*, février 1897.

encore engourdie, la réinfection du follicule se produit, cette fois elle devient permanente. Et l'alopecie locale, de passagère qu'elle était d'abord, va devenir définitive comme l'infection dont elle relève.

Trois facteurs doivent être connus ici pour apprécier et bien comprendre le mécanisme de cette infection : l'abondance de l'exsudat séborrhéique ; sa richesse en utricules microbiennes ; la richesse de chaque utricule en microbes.

Quand on a vu, en effet, l'exsudat séborrhéique, au cours d'une poussée aiguë de séborrhée, atteindre en deux ou trois jours à plus d'un millimètre d'épaisseur. Si l'on songe d'autre part au nombre infini d'utricules séborrhéiques qu'il a fallu pour le constituer. Lorsqu'enfin on a vérifié en chaque utricule l'existence, à l'état de pureté, du bacille spécifique par millions, l'envahissement microbien de tous les follicules pileux un par un n'a vraiment plus rien qui étonne.

C'est ainsi, et par l'intermédiaire du sébum effusé, que s'établit entre chaque poussée aiguë passagère de séborrhée la réinfection lente et permanente du cuir chevelu sur le terrain une première fois conquis par le microbe, et qu'il gardera désormais jusqu'à la mort du follicule ou du patient.

C'est ici que l'anatomie pathologique devient éloquente, car elle montre en perfection le mécanisme caché des faits objectifs que nous connaissons tous. Ici, il n'est plus besoin de biopsies, il meurt chaque jour assez de chauves pour que les nécropsies suffisent à la preuve des faits que j'avance.

L'anatomie pathologique va nous montrer les lésions de sclérose définitives de la calvitie et elle va nous apprendre aussi ce à quoi nous devons dès à présent nous attendre, qu'on rencontre permanente et colossale jusque dans la calvitie entière et définitive l'infection microbienne dont nous venons de suivre les progrès.

VI. — La calvitie constituée.

En dehors de tout examen scientifique de la question, on considère couramment la calvitie vulgaire comme le résultat de l'arthritisme. Elle apparaît comme un effet si naturel de la sclérose sénile que la démonstration de sa cause microbienne rencontrera des étonnements.

Il est bien facile de dire avec un maître que la calvitie comme l'athérome est « une des rouilles de la vie ». Cette image d'ailleurs poétique dispense pour longtemps d'une étude plus approfondie. Le mot a cela d'avantageux pour beaucoup d'esprits qu'il remplace aisément une idée qui manque.

A examiner attentivement la calvitie vulgaire on y voit pourtant

nombre de symptômes accusant plutôt une maladie toujours vivante qu'une infirmité constituée. Chacun sait l'abondance de l'excrétion sudorale des têtes chauves. Mais les têtes chauves savent aussi l'abondance de leur excrétion sébacée. Une tête chauve aussi peu soignée que les neuf dixièmes des têtes chevelues serait en quelques jours recouverte de concrétions sébacées aussi épaisses que « la calotte » des nourrissons d'autrefois.

Enfin sur bien des têtes chauves la peau est le siège d'éruptions desquamatives roses difficiles à faire disparaître. Tout cela n'indique nullement une simple sclérose locale, mais un processus morbide toujours actif.

Je n'ai pas à décrire amplement l'aspect extérieur de la calvitie constituée. C'est là une affection connue de tous. Je remarquerai seulement avec les dermatologistes que dans ses formes extrêmes le vertex n'est pas tout seul dénudé et que la même dénudation partie de la nuque et des frontières temporales du cuir chevelu finit par ne plus réserver autour du crâne qu'une mince couronne de cheveux plus ou moins grêles.

La calvitie une fois constituée se présente avec des aspects objectifs un peu différents, variables surtout avec son âge propre sur le sujet.

Certains crânes chauves sont visiblement séborrhéiques au sens précis et fermé que j'attache à ce mot, c'est-à-dire qu'ils présentent l'aspect typique de l'ancienne *acne oleosa*, avec des pores sébacés encloués de bouchons sébacés jaunes. Tel est surtout l'aspect de la calvitie des jeunes.

Plus tard, dans la calvitie constituée depuis des années, l'aspect est autre, les pores de la peau quoiqu'ils soient très larges encore, ne montrent plus de cocons microbiens, du moins chez les chauves qui ont soin de leur personne.

Enfin chez les vieillards la calvitie devient remarquable par le poli de la peau scléreuse et vernissée, les cocons microbiens sont devenus invisibles, il faut les couper de la peau pour les démontrer. Mais l'hypertrophie sébacée est devenue indéniable. En regardant de près le crâne chauve, on voit la peau sous l'épiderme transparent recéler dans son épaisseur des multitudes de grains d'un rose jaunâtre, ce sont les glandes sébacées énormes devenues visibles à l'œil nu.

Tels sont les divers aspects objectifs que le crâne des chauves peut revêtir. Examinons les causes anatomiques de ces transformations extérieures.

Chez les chauves de date récente, le cheveu a été supprimé par l'infection, et comme l'infection est devenue permanente le cheveu ne repoussera pas. Mais la sclérose périlulaire qui est un résultat plus lent de l'infection ne se produira qu'avec des années. La disposition

anatomique générale du tégument n'est pas encore changée et le bouchon microbien reste donc visible en surface.

Plus tard quand l'infection folliculaire est devenue chronique la sclérose locale commence. Les follicules d'un même bouquet pileire se rapprochent, leur orifice se fusionne en une sorte de vestibule ou d'entonnoir commun (schéma IV). Cet entonnoir vient se surajouter à la hauteur propre du follicule, et le follicule semble s'être enfoncé dans le tégument. Dès lors le cocon microbien qui garde son habitat constant au tiers supérieur des follicules se trouve reporté en profondeur à plus d'un millimètre au-dessous de la peau voisine. En même temps que la colonie microbienne devient plus profondément incluse dans la peau, la forme de son réceptacle folliculaire change. Ce n'était d'abord qu'une dilatation ampullaire du follicule, c'est maintenant une caverne de dimensions considérables, une caverne anfractueuse, coupée de diaphragmes étroits. Du reste c'est là un résultat de la sclérose chronique que l'ensemble du follicule accuse

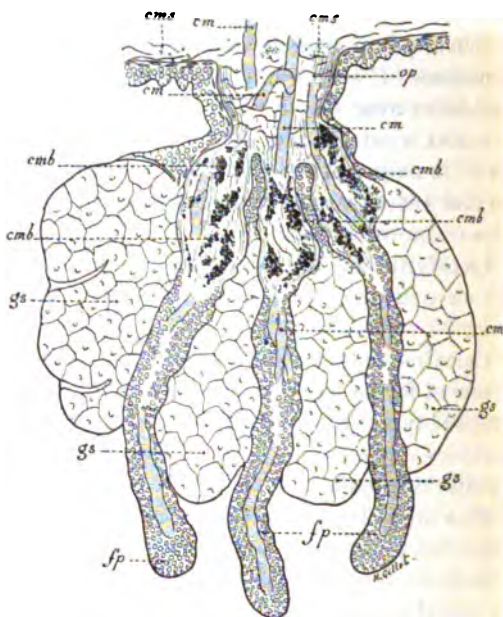


SCHÉMA IV*.

de même. Le follicule s'allonge, s'incurve, devient sinueux et bosselé. Ce sont là des transformations communes à tout canal organique chroniquement infecté. Il y a entre le follicule pileire des chauves et le follicule sain les mêmes différences de forme générale qu'entre un urèthre de prostatique et un urèthre vierge d'infection.

Donc, jusque dans la cavité constituée, l'infection microbienne, toujours pure, demeure colossale. Les masses microbiennes remplissent les anfractuosités folliculaires jusqu'à une profondeur dans la

* *c. m. s.* Colonnes microbiennes superficielles. — *o. p.* Orifice pileux. — *c. m.* Cheveux morts. — *c. m. c.* Colonnes micro-bacillaires. — *g. s.* Glandes sébacées. — *f. p.* Follicules pileux.

peau de plus en plus grande, bien au-dessous du niveau primitif d'abouchement de la glande sébacée.

Cependant, à cette période, l'examen microbien direct par raclage peut demeurer négatif. Voici comment :

Dans la séborrhée aiguë du vertex et dans les premières phases de la calvitie, l'examen microbien extemporané reste une démonstration permanente de l'infection; et c'est alors qu'il éclaire singulièrement et fortement sa pathogénie; en effet, l'intensité de l'infection se mesure aussi bien et plus facilement que l'intensité d'une infection gonococcique de l'urèthre; l'examen bactériologique est plus facile pour la calvitie que pour une teigne.

Mais quand la sclérose tégumentaire a commencé d'enfermer dans la profondeur de la peau des cavernes microbiennes coupées de goulots étroits, l'examen alors devient moins facile, il faut un raclage plus lent et plus appuyé pour faire sortir au dehors l'exsudat microbien. Et alors des examens incomplètement faits peuvent ne plus révéler une infection folliculaire qui existe encore à son comble, alors même que chaque follicule recèle encore des micro-bacilles par milliards.

De même et inversement aucun topique externe ne peut plus accéder à cette profondeur et tout traitement anti-séborrhéique est devenu, je pense, illusoire.

Enfin, à la dernière période de la calvitie, la sclérose folliculaire peut devenir définitive, le follicule est transformé en un cordon fibreux, il reste un rudiment de follicule contenant un follet microscopique. J'ai vu dans quelques rares cas l'infection subir alors, mais seulement alors, une régression marquée et disparaître après la sclérose définitive et totale des organes tégumentaires.

En résumé, la calvitie, *même une fois constituée*, reste la plus microbienne de toutes les maladies cutanées déjà décrites. Elle demeure microbienne jusqu'à la sclérose ultime et toujours très tardive des follicules. Et quand elle cesse d'être microbienne c'est parce que l'infection a détruit elle-même ses propres moyens d'existence, de même que le favus se guérit spontanément par cicatrice.

VII. — Action de la toxine séborrhéique sur la papille pileuse.

Nous venons de voir comment se constitue l'infection dont le résultat est la calvitie. Mais cela n'éclaire pas le mécanisme par lequel se produit l'alopecie.

Le microbe n'envahit jamais la papille du poil. Comment peut-il avoir sur elle l'influence sidérante que l'on constate? Une action à

distance demande un agent intermédiaire, ce que nous appelons une toxine. Cette toxine dépilante existe-t-elle?

Telle est la question que je posais il y a un an, après avoir constaté dans la pelade la présence constante et nécessaire du micro-bacille.

Pour répondre à cette question, il fallait d'abord la culture du bacille séborrhéique. J'ai été fort longtemps à l'obtenir.

Avec les méthodes que j'ai données, ou d'autres plus simples encore que l'on trouvera peut-être dans la suite, la chose pourra paraître facile. Elle ne l'a pas été pour moi.

Même une fois la culture obtenue, le problème gardait sa solution aussi difficile. Un microbe spécial à la peau humaine, spécial même à ce point de n'habiter sur elle qu'en des régions définies il y avait peu d'espoir de pouvoir l'implanter et le faire vivre sur la peau de l'animal. Et, en effet, tous mes efforts en ce sens ont échoué.

Mais il restait un moyen de démonstration expérimentale possible. Et le voici.

Les cultures du micro-bacille en milieux artificiels devaient contenir ce poison hypothétique « spécifique de la papille pilaire ». Et dès lors l'inoculation sous-cutanée ou intra-musculaire de ce poison pourrait amener chez l'animal une dépilation plus ou moins généralisée.

Malgré la logique de cette induction, j'ai longtemps douté, je l'avoue, que l'expérimentation pût la justifier jamais. On connaît déjà, cela est vrai, des poisons microbiens d'une spécificité telle qu'introduits dans l'économie, ils vont électivement frapper les seuls organes spéciaux pour lesquels ils sont toxiques. Mais admettre une toxine assez particulière pour qu'introduite dans l'économie animale elle aille uniquement frapper les *papilles pilaires*, les organes producteurs du poil, cela pouvait paraître invraisemblable.

C'est pourtant cette hypothèse si invraisemblable que l'expérimentation semble justifier. Cultivé en des milieux artificiels que l'expérience améliorera certainement encore, le micro-bacille séborrhéique fournit une toxine qui, injectée dans l'économie animale, produit la dépilation sans autre symptôme.

Les inoculations pratiquées sur le mouton, sur le lapin, sur le cobaye et positives sur tous en certaines conditions d'expérience semblent bien exclure toute part de hasard dans les résultats obtenus.

Malgré l'intérêt même général, que présente un tel sujet, je ne puis encore insister sur ce point. Ce genre d'étude demande des délais, des délais qui peuvent sembler interminables (1).

(1) Voir pour toutes les techniques de cultures : La séborrhée grasse et son microbe. *Loc. cit.*

Entre le début de ce travail et mes premières publications il s'est écoulé vingt-cinq mois. Et je n'apportais encore que des notions anatomo-pathologiques, des examens microbiens, et une théorie étiologique à vérifier.

Il m'a fallu un an, depuis, pour obtenir la culture du micro-bacille et la manier. Et depuis six mois que l'expérimentation animale est commencée, ses résultats sont à peine ébauchés, trois ans complet après le commencement des recherches sur le sujet.

*
* *

Tout ce qui précède s'appuie sur des faits précis. Je n'ai donc à solliciter de personne une foi aveugle, mais de tout le monde un contrôle et une vérification. La seule chose que je sois en droit de demander aux argumentateurs, ce sont des faits précis et non pas es objections de doctrine ou de théorie, qui sont de la littérature.

Conclusions.

I. — Le micro-bacille spécifique de la séborrhée grasse introduit dans le follicule pilo-sébacé y cause quatre résultats constants :

- a) L'hypersécrétion sébacée.
- b) L'hypertrophie sébacée.
- c) L'atrophie papillaire progressive.
- d) La mort du poil.

Et ces phénomènes résultent de l'infection séborrhéique aussi bien sur les régions dites glabres que sur les régions pilaires.

II. — Au cuir chevelu cette infection a pour siège électif le vertex, c'est la séborrhée grasse dépilante origine de la calvitie. *La calvitie vulgaire n'est que la séborrhée grasse du vertex, constituée à l'état chronique.*

Non seulement l'infection séborrhéique folliculaire est indispensable à la naissance de la calvitie, et la calvitie ne naît pas sans elle, mais encore cette infection séborrhéique demeure intense, pure et permanente jusque dans la calvitie pleinement et définitivement constituée.

III. — La calvitie *vulgaire* est donc une maladie microbienne, spécifique, parfaitement caractérisée.

Maladie de Dühring et éosinophilie.

Par M. DANLOS.

1° Jeune fille de 12 ans et demi, non réglée, d'intelligence peu développée, sans hérédité pathologique. Début du mal par la figure il y a six mois; extension graduelle aux membres avec intégrité relative du tronc, muqueuses absolument indemnes. Actuellement l'éruption, limitée aux membres et aux fesses, n'est pas absolument typique, car la polymorphie proprement dite fait défaut, le prurit et les douleurs sont peu intenses; mais il se fait chaque jour de nouvelles bulles; et nombre de celles-ci justifient par leur disposition en groupes ou en arcs de cercle la dénomination d'herpétiformes. Chez cette malade, l'examen microscopique a fait constater que dans le sang 11,8 p. 100 des leucocytes sont éosinophiles et que dans le liquide des vésico-bulles, la proportion de ces éléments aux leucocytes ordinaires est également de 12 p. 100.

2° Femme de 80 ans, glycosurique (1800 c.c. à 2 litres par jour d'urine contenant 11 gr. 50 de sucre), atteinte depuis trois mois d'un pemphigus prurigineux typique; éruption quotidienne de grosses bulles éparses, prurit extrêmement intense, lésions de grattage, pigmentation très foncée; plaques érythémateuses saillantes, diversement figurées; à disposition discoïde ou annulaire prédominante. L'examen du sang a montré (Leredde) dans ce cas que sur 100 leucocytes on trouve :

	CHIFFRE NORMAL	
Leucocytes polynucléaires.....	45	64
Mononucléaires et lymphocytes.....	30	35
Éosinophiles.....	25	1 à 2

Dans le liquide des bulles, 54 p. 100 des leucocytes étaient éosinophiles.

Ces deux observations sont de nature à confirmer l'opinion de Leredde sur la fréquence et la valeur diagnostique de la présence des éosinophiles en quantité anormale dans le groupe des dermatoses bulleuses que l'on désigne actuellement sous le nom de maladie de Dühring.

Épithéliomes kystiques bénins (naevi épithéliaux kystiques).

Par M. L. BROcq.

J'ai l'honneur de présenter à la Société une jeune fille de 16 ans et demi, qui me paraît atteinte de cette singulière affection cutanée qui a été décrite sous les noms de Idradénomes éruptifs (E. Besnier, Jacquet, Darier), Épithéliomes kystiques bénins (Jacquet), Syringo-cystadénome

(Török), Cellulome épithélial éruptif bénin (Quinquaud), Épithélioma adenoides cysticum (Brooke), Cystadénomes épithéliaux bénins, ou nævi épithéliaux kystiques (E. Besnier). Je ne veux point d'ailleurs aborder l'étude complète histologique ou critique de cette curieuse néoplasie. Je me contente d'apporter un document nouveau, ce qui me paraît utile, étant donné le nombre fort restreint de cas qui ont été publiés jusqu'à ce jour.

Comme antécédents pathologiques, nous n'avons pu relever chez notre malade qu'une scarlatine vers l'âge de 6 ans, puis un impétigo du cuir chevelu. Il y a deux ans et demi environ, vers l'époque de la puberté, sa mère remarqua l'apparition de petites saillies blanches, indolores, non prurigineuses, qui se formaient lentement dans les régions sus-claviculaires et thoraciques supérieures. Dès cette époque, elle consulta plusieurs médecins qui prescrivirent des badigeons de teinture d'iode et des bains d'amidon.

Cette médication ne produisit aucun résultat, et l'affection continua à se développer avec lenteur. A partir du mois d'août 1896, la mère de la malade crut remarquer qu'elle augmentait avec beaucoup plus de rapidité; elle se décida à consulter de nouveau et elle nous amena sa fille pour la première fois le vendredi 8 janvier 1897.

La malade n'est pas fortement constituée, mais en dehors de son éruption, elle ne présente aucune autre lésion notable. L'élément initial de son affection est caractérisé par une petite saillie fort légère, ressemblant à une petite papule d'un blanc presque mat, à contours peu nets, de la grosseur d'une petite tête d'épingle. D'ailleurs on les voit commencer sous la forme de petites saillies minuscules qui ne sont guère visibles que lorsqu'on regarde obliquement les téguments.

Au début elles sont bien discrètes, parfaitement isolées les unes des autres, et elles restent pour la plupart ainsi disposées même lorsqu'elles ont augmenté de volume. Néanmoins en certains points, vers le creux sus-sternal et les régions voisines, elles peuvent devenir tangentes et s'agglomérer en quelque sorte.

A mesure qu'elles se développent, elles tendent à prendre une certaine teinte jaunâtre, parfois même d'un rouge bistre; et elles rappellent de loin la coloration de certains xanthomes. A la surface de certaines d'entre elles se voient des sortes de petits éléments arrondis plus saillants qui simulent de petites vésicules. Quand on essaie de les ouvrir, on s'aperçoit qu'elles ne renferment pas de liquide: on ne fait sortir de leur intérieur par une petite piqûre d'épingle, qu'une fine gouttelette de sang. Leur surface est lisse, unie, ou un peu irrégulière grâce aux petites bosselures que nous venons d'indiquer: on n'y observe pas la moindre desquamation.

Vers le creux sus-sternal, les lésions sont tellement pressées les unes à côté des autres que la peau est toute irrégulière, chagrinée et donne au toucher une sensation marquée d'infiltration. Les groupes d'éléments y sont disposés d'une manière générale suivant des séries linéaires transversales: il existe entre eux de très étroits espaces de peau saine.

A leur maximum de développement, les petites tumeurs font une saillie d'environ 1 millim. à 1 millim. et demi au-dessus du niveau normal de la

peau ; leur forme est souvent oblongue, presque ovale, à grand axe dirigé dans le sens des séries linéaires que nous venons d'indiquer : leur volume varie de celui d'une fort grosse tête d'épingle à celui d'un petit pois ou d'un grain d'avoine.

Les régions atteintes sont très exactement le creux sus-sternal où les lésions atteignent le maximum d'intensité, la partie inférieure du cou jusqu'au niveau de la partie moyenne du larynx. Les régions sterno-claviculaires et latéralement les régions sus-claviculaires au niveau desquelles elles deviennent de plus en plus discrètes à mesure que l'on s'éloigne de la ligne médiane. Elles sont d'ailleurs parfaitement symétriques. Elles sont indolentes au toucher, et ne sont le siège d'aucune sensation anormale soit de prurit, soit de cuisson.

M. le D^r Veillon a pratiqué une biopsie pour faire un examen histologique.

Nous avons indiqué à la malade de faire des applications d'emplâtre rouge formule E. Vidal, qu'elle change toutes les 48 heures ; mais nous n'avons pas la moindre illusion sur le résultat définitif de cette pratique thérapeutique que nous n'avons instituée que pour amener le sujet à se laisser traiter par l'électrolyse. Cependant il semble que depuis qu'elle fait ces applications les petites tumeurs soient moins saillantes ; nous répétons que nous nous défions de cette impression favorable et que nous ne considérons pas cette médication comme sérieuse.

M. JACQUET. — Je reconnais là très nettement un exemple de ces faits, que j'ai étudiés autrefois avec M. Darier.

La thérapeutique a peu de prise chez ces malades.

Par des irritations avec le savon mou de potasse, on obtient la disparition momentanée, et en réalité plutôt apparente, des éléments éruptifs. Ceux-ci en effet semblent noyés dans l'irritation générale. Malheureusement ils reparaissent plus tard et peut-être même en plus grand nombre.

M. BESNIER. — Cette jeune malade est dans la série séborrhéique, car il existe de la séborrhée au cuir chevelu et aux oreilles. Il serait intéressant d'étudier les rapports de ces épithéliomes avec la séborrhée, avec le microbe de la séborrhée.

Traitement du lupus par le chlorophénol.

Par M. BARBE.

L'emploi du chlorophénol a été préconisé récemment par Elsberg dans le traitement du lupus. M. Brousse a fait, en 1895, à la

Société de dermatologie une communication sur l'utilité de ce produit qu'il a employé en solution à 20 p. 100 (chloroline) ; la même année, un de ses élèves, M. Chabrol, a publié à Montpellier une thèse sur le traitement du lupus tuberculeux, où il cite l'histoire de 2 malades traités avec succès par la chloroline. D'après MM. Nicolas et Raoult Deslongchamps (1), la chloroline jouit d'une valeur antiseptique telle qu'en émulsion à 1/2 p. 100 elle est capable de tuer le bacillus anthracis en 45 secondes et les spores charbonneuses en moins de 10 minutes, et qu'à l'état de vapeurs agissant sur des cultures desséchées, elle détruit le bacille de Loeffler et la bactérie charbonneuse en moins de 24 heures et les spores charbonneuses en 3 jours.

A la clinique dermatologique de l'hôpital Saint-Antoine nous avons eu l'occasion d'expérimenter, dans plusieurs cas de lupus, le chlorophénol ; nous nous sommes procuré ce corps sous la forme de monochlorophénol et nous l'avons employé en solution à 20 p. 100 dans l'alcool. Cette préparation nous a donné des résultats très satisfaisants, surtout dans un cas de lupus vulgaire de la face, tellement étendu qu'il était presque impossible de songer, au début du moins, à le traiter par le galvanocautère, les scarifications ou les caustiques chimiques.

L..., âgée de 49 ans, a présenté à l'âge de 14 ans, pour la première fois, un lupus de la face qui a été guéri par des scarifications, dans le service de M. Vidal. Il y a quatre ans, récurrence de la maladie qui est traitée par M. Du Castel à l'aide du thermocautère. En juin 1894, soi-disant à la suite d'une piqûre, survient une tuberculose osseuse du pouce gauche, qui amène une tuméfaction notable de la phalange unguéale avec soudure des deux phalanges entre elles, puis une ulcération fongueuse péri-unguéale. De plus, la malade présente sur le bras gauche un lupus qui s'est développé au niveau d'un vésicatoire, que la malade s'est appliqué sur le conseil d'un herboriste. Enfin à la consultation laryngologique du Dr Lermoyez, on diagnostiqua une otorrhée double ancienne et une ulcération de la face droite de la cloison nasale en voie de cicatrisation.

Le 30 mars 1896, on prescrit une médication reconstituante et on commence le traitement externe par la solution de monochlorophénol qu'on applique à l'aide d'un pinceau d'ouate, en frottant un peu énergiquement ; toute la face est badigeonnée, elle devient d'un rouge vif ; la douleur est assez cuisante, mais elle se calme bientôt. Le traitement est continué tous les deux jours très régulièrement pendant plusieurs mois. Ces frictions répétées n'ont que l'inconvénient de produire quelques squames et çà et là quelques excoriations recouvertes de petites croûtes. Le 3 août et les jours suivants, on note une très grande amélioration ; sur toute la face et principalement sur les joues, on voit un réticulum de cicatrices non saillantes. Il reste quelques petits placards lupiques disséminés surtout sur

(1) Pouvoir antiseptique de la chloroline. *Province médicale*, 1896.

le front, que nous proposons d'attaquer ultérieurement avec le galvanocautère, s'il le faut. En même temps l'état général s'est singulièrement amélioré, la malade a engraisé, le teint est meilleur.

Malheureusement, avec le retour du froid est survenue de la toux, les forces ont décliné et à l'auscultation l'on note maintenant de l'induration des sommets.

En terminant, faisons remarquer que si le chlorophénol présente des avantages réels, il offre un grand inconvénient, c'est d'avoir une odeur très pénétrante, rappelant à la fois celle du chlore et de l'acide phénique, mais à un tel degré que dans la clientèle de la ville la plupart des malades en refusent l'emploi.

Pelade décalvante chez une femme et son enfant.

Par M. FEULARD.

Je veux seulement montrer aujourd'hui, me réservant de vous les représenter plus longuement plus tard, deux malades, une femme et son enfant, atteints de pelade décalvante.

Chez la mère, âgée de 26 ans, la pelade est totale au cuir chevelu ; la tête est complètement glabre, quelques rares cheveux blancs apparaissent seulement de place en place.

Les sourcils sont remplacés par des follets blanc grisâtre surtout à gauche. Les cils sont conservés. Les poils des aisselles sont absents, ceux du pubis sont conservés.

La pelade est d'ailleurs fort ancienne et a commencé à l'âge de 8 ans, il y a donc dix-huit ans ; elle a débuté comme une pelade vulgaire par une plaque temporo-pariétale et s'est étendue ensuite à toute la tête. La malade fut soignée à l'hôpital Trousseau d'abord comme malade externe pendant un an, puis hospitalisée pendant trois ans et demi. Quand elle quitta l'hôpital, à 12 ans et demi, elle était complètement chauve. Elle fut réglée à 15 ans et demi et les poils pubiens crurent régulièrement ; à 17 ans elle se maria.

Elle eut 5 grossesses : 1° enfant actuellement âgé de 8 ans et demi ; 2° une fausse couche ; 3° l'enfant actuellement atteint de pelade ; 4° enfant morte à 8 mois de broncho-pneumonie ; 5° fillette âgée de 13 mois, encore allaitée par sa mère.

S'il faut croire ce curieux renseignement donné par la malade, il y aurait eu, au moment de la première et de la deuxième grossesse, repousse partielle des cheveux qui sont tombés de nouveau après la naissance des enfants ; rien de semblable n'a eu lieu aux autres grossesses. Quant aux traitements suivis, on peut dire que, la malade étant depuis longtemps

habitué à son mal, portant perruque, ils ont été pour ainsi dire nuls depuis de longues années.

L'enfant que je vous présente en même temps est âgé de 5 ans; c'est le deuxième enfant vivant. Il a été nourri par sa mère, a toujours été bien portant, jusqu'à l'âge de 4 ans; il eut alors une bronchite grave. La mère déclare que tout jeune bébé, il n'a jamais eu de croûtes graisseuses du cuir chevelu. La pelade aurait débuté il y a six mois par la région temporo-pariétale gauche. L'enfant portait les cheveux longs; et quand on les lui a coupés on a constaté la présence de plusieurs places glabres; le début exact n'est donc pas connu. La chute des cheveux a continué si bien que l'enfant présente aujourd'hui une pelade décalvante avec quelques flocs réservés, mais dans laquelle les parties dénudées l'emportent de beaucoup en étendue sur les parties saines. La mère dit que l'enfant a été soigné dès le début à la consultation de l'hôpital Saint-Louis. Il est maintenant en traitement depuis quelques jours à la polyclinique dermatologique de l'hôpital des Enfants-Malades.

Quelle que soit l'opinion qu'on ait sur la cause réelle de la pelade, il m'a paru intéressant, au cours des discussions actuelles, de vous présenter ce double fait. Les observations de pelade familiale pourront peut-être aider à la solution du problème.

M. BROcq. — Le fait présenté par M. Feulard est d'une rareté extrême. La contagion de la pelade est en somme de constatation rare.

Cette question de la pelade et de ses rapports avec la séborrhée telle que l'a présentée M. Sabouraud, implique une foule de considérations, qu'il m'est impossible d'aborder en ce moment.

Il y aurait intérêt cependant à ce que la Société puisse discuter ces faits; ne pourrait-on réserver à cette discussion une séance spéciale?

M. BESNIER. — La proposition de M. Brocq sera mise aux voix.

M. FEULARD. — Sans entrer dans cette discussion, je puis citer de suite, de mémoire, trois faits de pelade familiale que j'ai observés.

1° Deux frères, maintenant hommes faits, sont atteints depuis de longues années, de pelade; chez l'aîné, la pelade a successivement occupé le cuir chevelu, où elle a paru à deux reprises différentes (pelade à plaques multiples nettement en aires) et la barbe où elle existe encore aujourd'hui. Je connais le malade depuis neuf ans, mais la pelade est bien plus ancienne, comme pourrait en témoigner M. Besnier qui a soigné le malade. Le cadet a eu une pelade décalvante totale, l'a traitée un peu par le mépris pendant de longues années et a maintenant un duvet assez abondant sur le cuir chevelu.

La mère de ces deux malades, morte depuis assez longtemps, aurait eu de la pelade; je ne l'ai pas vue; et le fils de l'un d'eux a eu aussi un peu de pelade; je ne l'ai pas vu non plus en actualité de maladie.

2° La seconde observation concerne également deux frères, deux jeunes gens; l'un est atteint depuis de longues années de pelade décalvante;

l'autre, plus jeune de cinq, ans a été soigné par moi et guéri en quatre mois de deux plaques de pelade situées à peu près symétriquement aux régions temporales ; on a incriminé le port, par le plus jeune, d'un masque de carnaval déjà porté par l'aîné.

3° J'ai eu l'occasion de voir l'année dernière une fillette de quatre ans, atteinte d'une plaque de pelade à la région occipitale, de la dimension d'une pièce de 5 francs environ. Or en recherchant l'origine de cette pelade, je constatai chez le père de l'enfant deux plaques de pelade, l'une datant de deux ans et située au-dessus de l'oreille gauche, l'autre située symétriquement à droite et venue un an après ; ces deux pelades étaient fort négligemment traitées. La mère est certaine que la fillette s'est servie plusieurs fois par amusement des brosses à cheveux de son père.

Ces faits que j'ai observés moi-même peuvent s'ajouter aux faits déjà connus et cités d'Hillaiet, de Lailler et d'autres que M. Besnier a relatés dans son rapport à l'Académie sur la pelade.

Chancre syphilitique de la conjonctive bulbaire.

Par MM. VALUDE et LAUR.

Le 11 décembre 1896, se présente à la clinique des Quinze-Vingts, Joseph X..., âgé de 25 ans, pour une affection de l'œil droit. Celle-ci aurait débuté, il y a trois semaines, par une simple rougeur de la conjonctive bulbaire au niveau de l'angle interne. Cette rougeur persista pendant deux semaines sans adjonction d'autres phénomènes, puis apparaîtrait alors un petit bouton qui croît rapidement et décide le malade à venir consulter.

État actuel. — Nous trouvons sur la conjonctive bulbaire, dans le champ de la fente palpébrale, et à deux millimètres du bord interne de la cornée, un véritable petit néoplasme. Ses dimensions sont celles d'une grosse lentille. Sa forme est très exactement ovale, à grand axe vertical. Sa base est d'un rouge foncé ; sa surface plane, brillante, est recouverte d'un enduit diphtéroïde. L'avulsion de l'exsudat laisse voir au-dessous une simple érosion sans bords taillés en profondeur.

La consistance de la tumeur est difficile à déterminer, en raison de son siège ; toutefois par la palpation à travers la paupière supérieure, on perçoit une sensation de dureté assez nette.

La conjonctive du voisinage est très injectée, et les vaisseaux convergent en grand nombre vers l'ulcération.

L'œil n'est le siège d'aucune sécrétion ni d'aucune douleur soit spontanée, soit à la pression.

Le ganglion péri-auriculaire et un autre de l'angle de la mâchoire sont très tuméfiés, durs, indolents.

Le diagnostic de chancre syphilitique de la conjonctive s'imposait de par l'aspect caractéristique de la tumeur et aussi pour les raisons suivantes :

1° Le volume du néoplasme qui ne permettait pas de le confondre avec une vulgaire phlyctène conjonctivale ;

2° L'état érosif et diphthéroïde de la surface qui écartait immédiatement l'idée d'un bouton d'épisclérite ;

3° Enfin et surtout, l'adénopathie volumineuse et unilatérale qui ne se rencontre pas dans ces deux affections.

En l'absence de tout autre symptôme de syphilis, de la roséole en particulier et pour plus de sûreté, le malade fut présenté à M. le professeur Fournier et à M. le Dr Darier. Ils furent tous deux d'avis qu'il s'agissait d'un chancre syphilitique de la conjonctive.

Ce diagnostic fut d'ailleurs pleinement confirmé par le traitement. Sous l'influence de deux pilules de proto-iodure par jour et d'une pommade à l'iodoforme appliquée localement, la lésion s'est modifiée très rapidement. Le 30 décembre la guérison était complète. A la place du chancre existait alors une macule pigmentaire tout à fait analogue à celles que laissent les boutons d'épisclérite.

Le 27 janvier le malade est venu ; les ganglions eux-mêmes ont disparu. Il n'existe aucune trace de roséole. Le malade, qui est prévenu et se surveille attentivement, déclare aussi n'avoir encore rien vu d'anormal sur sa peau.

Il eût été intéressant de savoir par quel procédé s'est faite la contagion.

Mais des interrogatoires répétés ne nous ont fourni aucun renseignement à ce sujet. Le malade est carrossier et ne se trouve pas exposé, par sa profession, à des accidents de ce genre.

Cette observation porte à 8 le nombre des chancres syphilitiques de la conjonctive bulbaire ; le cas est assez rare.

Lésions gommeuses du membre supérieur gauche.

Par M. DOMINICI.

J'ai l'honneur de présenter à la Société une malade offrant au niveau du membre supérieur gauche des nodosités gommeuses dont le volume varie de celui d'un pois à celui d'une petite noix.

Elles ont des attributs communs : leur siège dans le tissu cellulaire sous-cutané et la peau, leur mobilité sur le plan aponévrotique sous-jacent, une certaine rénitence à la palpation ; enfin elles sont douloureuses à la pression.

Régions. — Au point de vue régional : à la main, elles déterminent un gonflement mamelonné de la face dorsale de cet organe. Sur une base œdémateuse, blanche, molle apparaissent trois noyaux érythémateux dont la surface lisse en certains points, est en d'autres places recouverte de squames fines.

Au niveau des 2° et 3° articulations métacarpo-phalangiennes les tissus

œdématisés sont douloureux sans que l'examen permette de déceler soit de l'arthrite, soit de la périostite.

Au bras les lésions se superposent aussi. En arrière de chaque épiphyse radiale et cubitale inférieure existe une gomme et la plus externe est surmontée d'un noyau situé à l'union du tiers inférieur et des deux tiers supérieurs de l'avant-bras.

Plus haut à l'union du tiers supérieur et des deux tiers inférieurs de celui-ci, s'ordonne en ceinture un groupe de néoplasmes faisant des saillies minimales de couleur rosée ou pâle.

En avant, au niveau de l'espace interosseux, est un nodule sous-cutané ayant le volume d'un pois. Les autres éléments plus volumineux et enchâssés dans la peau sont ainsi répartis. Un d'entre eux correspond à la face externe du radius, un autre à sa face postérieure, quatre à cinq à l'espace interosseux en arrière ainsi qu'à la face postérieure du cubitus. Au bras, un peu au-dessus du pli du coude et en dehors, existe une légère saillie de la peau que surmonte de quelques centimètres une nodosité grosse comme une noisette, à surface finement vascularisée.

L'aisselle du même côté est le siège d'une adénopathie froide et indolente.

Évolution. — Le début des lésions remonte à trois mois et demi. Les noyaux les plus inférieurs de la face dorsale de la main apparurent les premiers puis évoluèrent sans douleurs ainsi que les suivants qui s'étagèrent successivement de l'extrémité du membre vers sa racine. Nous ferons une exception pour l'élément le plus élevé qui est contemporain de ceux qui apparurent à la face postérieure du poignet.

Étiologie. — Père, mère : Rien de particulier. Dans les antécédents familiaux nous n'avons à noter que la mort en bas âge de quatre frères ou sœurs ayant succombé à des méningites.

Antécédents personnels. — Pendant la première enfance, elle a souffert d'une affection cutanée ayant laissé comme traces des cicatrices à bords nettement cerclés ou polycycliques, à centre un peu surélevé et jaunâtre, à périphérie dépigmentée et radiée.

Elles occupent la nuque, le dos, les fesses, les cuisses et leurs dimensions varient de celle d'une pièce de 0,20 centimes à celle d'une pièce de 5 francs.

Elles alternent avec des cicatrices plus petites, blanchâtres, prédominant à la face antérieure du corps où elles intéressent aussi le front et qui seraient le reliquat d'une éruption différente.

Celle-ci est survenue un an et demi après le mariage de la malade qui a épousé à 20 ans un individu probablement entaché de syphilis. Elle aurait duré un an et aurait disparu après un traitement donné à l'hôpital Saint-Louis et consistant dans l'ingestion de pilules (?) et de KI.

Mais cette malade a eu en 1896 une affection aiguë de la poitrine, ayant duré trois mois et s'étant accompagnée d'hémoptysies légères.

État général actuel. — Elle a notablement maigri depuis et elle présente actuellement un état neurasthénique marqué (céphalalgie, douleur dorsale, fatigues matutinales, etc.) concomitant de modifications stéthoscopiques légères des phénomènes respiratoires aux sommets.

Il est impossible de déceler en ce moment des stigmates francs de tuberculose ou de syphilis, abstraction faite des lésions cutanées en évolution. Celles-ci objectivement peuvent être indifféremment rapportées à l'une ou l'autre tare, mais au point de vue de leur marche elles semblent ressortir à la tuberculose.

Des recherches ultérieures confirmeront vraisemblablement cette dernière hypothèse.

M. FOURNIER. — Il est certain qu'objectivement il est bien difficile à première vue de se prononcer entre la syphilis et la tuberculose. Chaque élément pris à part n'indique rien par lui-même. L'examen d'ensemble cependant plaide en faveur de la tuberculose; en effet, les lésions sont en quelque sorte étagées et cette marche est plutôt le fait de l'infection bacillaire.

Troubles trophiques cutanés d'origine probablement hystérique.

Par M. LMSKÉ.

M. Gilles de la Tourette, dans son *Traité de l'hystérie*, consacre plusieurs chapitres aux troubles trophiques cutanés de cette maladie. Avant les travaux de Charcot et de ses élèves il n'y avait à ce sujet que peu d'observations, et quelques-unes seulement étaient rattachées à leur véritable cause. Le premier travail d'ensemble est de M. Athanassio (1). On peut rencontrer sur la peau des hystériques toutes les variétés d'éruption.

D'après M. Gilles de la Tourette (*loc. cit.*), le pemphigus en est la forme la plus fréquente.

Il a été signalé par Louyer-Villermoy (2), J. Frank (3), Schultze, Gignoux, Hebra, Landgraf, Betz, Courbis, Mermet, Leloir, Franceschi, F. Raymond, Richardière, Du Castel, etc. (4).

(1) *Troubles trophiques dans l'hystérie*, 1890.

(2) LOUYER-VILLERMOY. *Traité des maladies nerveuses ou vapeurs*. Paris, 1816.

(3) J. FRANK. *Traité de pathologie médicale*.

(4) SCHULTZE. *Observat. et disquisit. path. et clin. circa pemphigum hyst.*, Berlin, 1840. — GIGNOUX. Des éruptions par nécrose vaso-motrice. *Mém. et compte rendus de la Soc. des sciences méd. de Lyon*, 1864-65. — HEBRA. *Traité des mal. de peau*. — LANDGRAF. *Arch. d. Heilk.*, 1875, p. 344. — BETZ. *Greifswald*, 1876. — COURBIS. *Lyon méd.*, n° 3, 1876. — MERMET. *Pemphigus dans les néoroses*, Th. Paris, 1877. — LELOIR. *Th. Paris*, 1882. — FRANCESCHI. *Th. Paris*, 1883. — F. RAYMOND. Ecchymoses et éruptions pemphigoides de nature hystérique. *Soc. méd. des hôp.*, 26 décembre 1870. — RICHARDIÈRE. Troubles trophiques cutanés dans l'hystérie. *Soc. méd. des hôp.*, 13 mars 1891. — DU CASTEL. *Union médicale*, n° 13, 2 août 1894.

Dans presque tous les cas l'éruption est précédée de douleurs, de cuisson siégeant au lieu qui va être atteint; elle peut se montrer sur le membre anesthésique ou en un autre point.

Les bulles de pemphigus se rompent au bout d'un certain temps, et laissent après elles une ulcération superficielle dont la réparation est en général lente et qui donne lieu à une cicatrice plissée, décolorée, indélébile.

L'histoire de notre malade est la suivante :

Le nommé B..., âgé de 36 ans, entre le 6 mars 1897, salle Saint-Louis, où il occupe le lit n° 28.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires et personnels. Cet homme n'a jamais eu d'attaques de nerfs; il est marié et père de deux enfants bien portants.

Il y a treize mois, sans raison aucune, il a souffert durant toute une journée du bras gauche, cuisson, élancements, et le lendemain il s'aperçut que ce bras était complètement insensible. Les douleurs ont tout à fait disparu, mais l'anesthésie a persisté.

Depuis cette époque, à plusieurs reprises se sont développées sur le membre des bulles grosses comme l'extrémité de l'index qui se rompaient pour laisser une ulcération dont la cicatrisation était lente. Ces cicatrices se montrent encore aujourd'hui à la partie postéro-supérieure de l'avant-bras, et le long du bord postérieur du triangle sus-claviculaire.

Actuellement le malade entre à l'hôpital pour une ulcération superficielle, irrégulière de forme, un peu plus large qu'une pièce de cinq francs, occupant sur la face dorsale de la main gauche le premier espace interosseux, empiétant sur les premier et deuxième métacarpiens ainsi que sur la première phalange du pouce. Le fond de cette ulcération est rouge, les papilles y sont saillantes; l'épiderme est décollé par les bords. Cette lésion a débuté il y a huit jours par une vaste phlyctène qui s'est rompue deux jours après son apparition, laissant écouler un liquide clair, légèrement visqueux. Quelques douleurs peu intenses, très localisées, ont précédé son apparition. Aucune brûlure, aucun traumatisme pour l'expliquer.

La main, l'avant-bras et le bras gauche présentent de l'anesthésie, de l'analgésie et de la thermoanesthésie. Cette anesthésie est disposée en gigot, et la sensibilité reparait sur le thorax à quatre travers de doigt environ de la racine du membre.

Le bras droit est légèrement hyperesthésique; en dehors de cela aucun autre trouble sensitif, à part l'anesthésie pharyngienne.

Rien du côté des sens.

Les réflexes tendineux sont normaux. Il y a une légère incoordination des membres supérieurs.

Le malade présente du dermatographe.

Les viscères sont sains.

13 mars. Malgré les pansements antiseptiques qui y sont constamment appliqués l'ulcération ne se cicatrise pas. Aucune modification des troubles de sensibilité.

Nous pensons qu'il s'agit ici de troubles trophiques relevant d'une hystérie qui ne s'est encore manifestée que par de l'anesthésie du bras gauche. La syringomyélie pourrait aussi expliquer ces phénomènes, mais il n'y a pas de scoliose et pas de dissociation de sensibilité ; cependant le diagnostic différentiel ne pourra être tranché que par l'évolution de la maladie (1).

M. JACQUET. — Je crois qu'il s'agit plutôt ici d'un cas de syringomyélie non encore constitué. J'ai observé un fait absolument semblable qui dans son évolution ultérieure a présenté les signes typiques de la syringomyélie.

La dissociation de la sensibilité n'existe pas ici, il est vrai, mais on a signalé des cas incontestables dans lesquels ce signe faisait défaut.

M. GASTOU. — L'affection a primitivement été bulleuse ; la dissociation manque ; ces raisons nous ont conduit à écarter le diagnostic de syringomyélie.

M. LEREDDE. — De quand date l'ulcération ?

M. GASTOU. — De huit jours.

M. FOURNIER. — D'après l'étude que nous avons faite de ce malade, il semble bien que nous devrions nous tenir au diagnostic d'hystérie ; d'ulcérations trophiques sur une surface anesthésique chez un sujet hystérique. Il y a donc hystérie, mais les stigmates de l'hystérie font défaut ; c'est là le point intéressant. C'est en effet une hystérie monosymptomatique. Mais j'insiste sur cette difficulté qu'il y a à ranger dans l'hystérie des lésions non accompagnées des stigmates habituels de l'hystérie.

M. JEANSELME. — Le malade de M. Lesné présente une légère scoliose et une exagération manifeste des réflexes rotuliens. A ces symptômes, si l'on ajoute la perte totale de la sensibilité et l'existence d'une éruption trophique au niveau du membre supérieur gauche, on est amené à porter le diagnostic de syringomyélie probable.

Ce cas me rappelle une observation fort analogue que j'ai pu recueillir au mois d'octobre dernier, à l'hôpital de Lesneven (Finistère), grâce à l'obligeance de M. le Dr Mesguen. Chez une jeune femme qui, depuis cinq ans, offrait, au membre supérieur droit, des poussées bulleuses à répétition, un épaississement pachydermique de la peau, de la parésie et des amyotrophies qui avaient entraîné la formation d'une griffe cubitale, je constatai sur le bras, vers le milieu de sa hauteur, de nombreuses ulcérations circulaires et linéaires, les unes superficielles, les autres assez profondes et recouvertes d'une eschare noirâtre. Ces lignes escharotiques se coupaient à angles très aigus et donnaient l'impression d'une lésion qui aurait été causée par un lien trop serré. Des cercles chéloïdiens, absolument semblables par leur disposition aux ulcérations avec les-

(1) Nous nous réservons de revenir sur l'histoire de ce malade, s'il apparaît des signes nouveaux.

quelles elles s'enchevêtraient représentaient sans doute les vestiges d'ulcérations antérieures cicatrisées.

En explorant la sensibilité de ce membre, je reconnus qu'elle était abolie dans tous ses modes et qu'une pression considérable exercée à son niveau n'était pas ressentie. La malade soutenait de fort bonne foi qu'aucun lien circulaire n'avait été appliqué sur son bras ; mais j'appris que cette jeune femme portait, comme toutes les paysannes de la contrée, des « liettes », sortes de fausses-manches serrées avec une coulisse au niveau du bras. Cette constriction s'exerçant sur des tissus dont la nutrition était amoindrie, était, sans nul doute, la cause de ces ulcérations.

J'ajoute que l'existence d'une scoliose très accusée, de la trépidation épileptoïde des membres inférieurs et d'un panaris du médius droit permettait de porter le diagnostic ferme de syringomyélie.

Je ne pus relever chez cette malade aucun stigmate d'hystérie : le champ visuel n'était pas rétréci ; les couleurs étaient bien perçues ; le réflexe pharyngien était conservé.

M. BARTHÉLEMY. — Ce malade n'ayant pas de scoliose, de symptôme oculaire, de dissociations sensibles, je ne le crois pas atteint de syringomyélie, mais bien d'alcoolisme et d'hystérie, laquelle paraît suffisamment démontrée par l'anesthésie en manchon, en gigot, du membre thoracique gauche. Mais qu'il soit atteint d'hystérie ou de syringomyélie, l'important, il me semble, est qu'il est anesthésique : dès lors les conditions de défense pour lui sont très différentes de celles de toute autre personne, non seulement à cause des troubles vaso-moteurs qui ne manquent jamais en pareil cas (sans compter le dermographisme qu'on trouve ici), mais encore parce que les traumatismes ne sont plus appréciés à leur juste valeur, et que les conditions de calorification et autres de même ordre, sont peut-être plus favorables au développement des microbes qui causent les dermites pustuleuses, bulleuses, phlycténoïdes, etc. En d'autres termes, par le fait des troubles de la sensibilité, le sujet est moins apte à se défendre et a des téguments plus vulnérables ; il s'agit donc peut-être plutôt de dermites secondaires par associations microbiennes chez un hystérique que de véritables troubles trophiques de la peau, créés et engendrés de toutes pièces par l'hystérie. C'est, en tout cas, une troisième interprétation à discuter, non seulement par ce cas particulier, mais pour tous ceux qui sont atteints de ce que les neurologistes qualifient de trophodermatose hystérique.

Mélanodermie de nature indéterminée. Acanthosis nigricans ou maladie d'Addison.

Par M. A. FRANÇON (d'Aix-les-Bains).

Voici une malade de la consultation de M. le professeur Fournier : elle présente une pigmentation de la peau sur certains points du corps,

notamment sur les côtés de la face, au niveau des régions temporale et parotidienne, sur le dessus de la tête, dans les régions pariétales, au cou, aux deux aisselles, sur les parties inférieures de l'abdomen, vers les régions inguinales, et enfin dans toute la région périnéale et autour des organes génitaux externes.

Cette pigmentation est disposée en nappes continues ou en flots disséminés, laissant entre eux des espaces dans lesquels la peau est normale.

La teinte des parties pigmentées varie du brun jaunâtre au noir : au cou, elle semble gris sale, comme si la malade avait négligé de se laver depuis longtemps ; sur les tempes et dans les régions pariétales, la coloration est plus foncée, on dirait que la malade a été enduite de mine de plomb : sur les côtés de la face, ce sont des flots brunâtres, et en certains points, violacés ; enfin aux aisselles, sur les côtés de l'abdomen, et entre les membres inférieurs, la nappe pigmentée est brun jaunâtre.

Dans tous ces points, la peau ne présente pas d'altération appréciable ; elle a cependant un certain aspect velouté, lorsqu'on la regarde sous une incidence oblique. Au niveau de l'aisselle droite, on constate l'existence d'une saillie papillomateuse unique ; partout ailleurs, il n'y a pas d'épaississement, ni de desquamation, ni aucun phénomène prurigineux.

La malade raconte qu'au niveau du cou, elle se souvient d'avoir toujours observé la pigmentation telle qu'elle existe actuellement ; la teinte des aisselles et des côtés de l'abdomen ne l'avait jamais frappée. Quant à la pigmentation des côtés de la face, et des régions pariétales, elle n'existerait que depuis huit à neuf mois environ. A cette époque, elle avait éprouvé des démangeaisons dans la tête et elle aurait eu l'idée de se faire un lavage avec une solution de carbonate de soude. A la suite de cette opération, elle aurait eu une violente inflammation du cuir chevelu et lorsque celle-ci fut calmée, elle s'aperçut que la peau des régions temporales brunissait et peu à peu la pigmentation s'était accentuée au point où on la constate aujourd'hui.

Cette femme, âgée de 53 ans actuellement, exerce la profession de soudeuse pour les couronnes mortuaires métalliques. Elle a vécu à la campagne jusqu'à l'âge de 18 ans, et à cette époque elle avait déjà observé la teinte brunâtre de son cou. Elle ne présente aucun antécédent héréditaire ; son père est mort très âgé, sa mère est morte à 40 ans de suites de couches ; deux frères et une sœur en bonne santé : elle ne connaît personne dans sa famille qui ait présenté une pigmentation analogue. Veuve depuis deux ans, elle n'a eu qu'une fille morte à l'âge de quatorze mois pour avoir été mal soignée en nourrice ; jamais de fausses couches.

Elle n'est ni syphilitique, ni alcoolique, ni impaludique ; elle n'a jamais été malade ; elle n'a fait qu'un séjour à l'hôpital de dix-huit jours, il y a plus de trente ans, pour un prolapsus utérin, dont elle avait été guérie. La ménopause s'est établie chez elle à l'âge de trente-deux ans, et elle n'a jamais eu de leucorrhée.

Actuellement, elle jouit d'une bonne santé ; pas de troubles digestifs ; fonctions intestinales régulières ; elle ne tousse pas : l'examen des poumons est négatif. Rien au cœur, pouls régulier, ses urines ne renferment ni sucre ni albumine.

Son état général est bon, elle ne se plaint d'aucun sentiment de lassitude, ni de faiblesse ; elle a cependant maigri de cinq kilog. depuis un an, sans qu'elle présente aucun trouble auquel on puisse rattacher cet amaigrissement, aucun symptôme de carcinome viscéral ; le ganglion de Troisier n'existe pas chez elle.

En dehors de sa pigmentation, la peau ne présente aucun élément éruptif, l'examen de la muqueuse buccale ne révèle pas de tache pigmentaire, mais sur la grande lèvre droite, on constate une tache noirâtre, unique qui ne dépasse pas la grosseur d'une tête d'épingle.

Comment interpréter cette pigmentation ?

On ne peut incriminer ici l'arsenicisme ou l'argyrisme, puisque la malade ne prend ni arsenic, ni nitrate d'argent. Il ne peut non plus être question de pigmentation par phthiriasse ou par compression de la peau ; il n'y a pas de traces de grattage et la malade n'a aucun vêtement, dont la pression continue détermine une hyperhémie mécanique de la peau.

Il ne reste que deux hypothèses, celle d'un cas d'acanthosis migrans, ou d'un fait de maladie d'Addison. En faveur de la première hypothèse, on peut faire valoir l'aspect velouté de la peau, et la présence d'un petit papillome au niveau de l'aisselle droite et peut-être une certaine exagération des plis de la peau ; mais comment expliquer la coloration du cou qui dure depuis l'âge de 18 ans ?

Nous serions plutôt disposé à admettre qu'il s'agit ici d'un cas anormal de maladie bronzée, dans lequel la pigmentation précède l'éclosion des autres symptômes. M. Darier a présenté à la Société de dermatologie en 1895 un jeune homme atteint de maladie bronzée chez qui la pigmentation a existé pendant sept ans avant que se développent les autres symptômes caractéristiques. Ne pourrait-il pas se faire que l'amaigrissement observé depuis un an par notre malade soit le début des autres accidents de la maladie d'Addison ?

Ce diagnostic repose évidemment sur des bases bien fragiles ; l'évolution de la maladie permettra seule d'en vérifier l'exactitude.

M. BARBE. — Cela me paraît être un cas de dystrophie pigmentaire et papillaire.

Sur une phlycténose récidivante de la face antéro-externe du pouce.

Par M. CH. AUDRY (de Toulouse).

Je pense que parmi les lésions tégumentaires des doigts, il y en a encore plusieurs qui sont mal étudiées, et encore indéterminées,

faute d'observations. Les troubles trophiques avérés, les irritations artificielles professionnelles ou accidentelles, la dyshydrrose, en revendiquent la majeure partie ; mais je ne me suis pas trouvé en état de définir le cas que voici :

Homme de 25 ans, sans antécédents héréditaires ou personnels, sans syphilis, sans alcoolisme, sans troubles d'ordre nerveux ; pas d'engelures, pas d'asphyxie ou de stase périphérique. Une blennorrhagie, il y a plusieurs années, un peu d'acné banale de la face et du dos.

Il a été employé dans une maison de droguerie ; mais il l'a quittée depuis deux ans et demi, et n'y touchait guère de substances irritantes. Actuellement voyageur de commerce, sobre, robuste et bien portant.

En mai 1896, sans cause connue, il vit apparaître à l'extrémité de la pulpe du pouce gauche une vésicule non douloureuse, ni prurigineuse ; elle s'étendit, décolla l'épiderme superficiel, devint purulente, s'ouvrit et guérit. Le tout dura quinze jours environ. Il n'y eut rien d'anormal pendant deux mois ; puis une seconde poussée analogue eut lieu au mois de juillet de la même année.

Nous le voyons pour la première fois au commencement d'octobre. Il nous présente la troisième poussée. Tout l'épiderme superficiel de la pulpe du pouce gauche est décollé en une vaste phlyctène remplie de pus, entourée d'une étroite marge de rougeur. Pas de douleur ; ongle normal. J'excise tout l'épiderme décollé et mets à nu une surface recouverte d'un exsudat jaunâtre ; guérison rapide et complète qui persiste environ un mois.

Le malade dit que depuis cette dernière époque, il a constamment présenté des éléments éruptifs, vésiculeux au début, à peu près indolents, qui s'étendent, deviennent purulents, s'ouvrent et guérissent. Ces éléments sont exactement limités à la partie antérieure et antéro-externe du pouce ; il n'y en a jamais eu sur la face dorsale, ni sur le bord interne.

Nous le revoyons au commencement de février 1897. Sur la pulpe du pouce, traces squameuses de phlyctènes guéries. Sur la partie antérieure et antéro-externe de la première phalange, sur l'éminence thénar, au-devant de l'articulation métacarpo-phalangienne, sont dispersées 7 à 8 vésicules ou larges pustules. Les plus récentes (trois, au-devant de l'articulation métacarpo-phalangiennes) sont coniques, saillantes, fermes ; leur extrémité transparente laisse voir un point rouge ; la peau, au voisinage immédiat, est légèrement érythémateuse. Les autres sont plus larges, arrondies, rondes, purulentes, encore recouvertes d'une épaisse couche cornée. Indolence absolue. Le malade accuse seulement une démangeaison légère quand surviennent les éléments éruptifs. La face dorsale du doigt est normale, sauf un peu de rougeur légèrement œdémateuse. La croissance de l'ongle est régulière et normale.

Pas de troubles trophiques ou sensitifs, pas d'irradiations douloureuses, pas d'altérations dans le reste du membre.

En raison de la topographie et des caractères des lésions, il est

difficile d'écarter l'hypothèse des troubles d'origine nerveuse se passant dans la sphère du nerf collatéral externe du pouce. C'est tout ce que nous en pouvons dire pour le moment. On a noté l'absence totale d'altérations concomitantes, de phénomènes sensitifs, de cause provocatrice.

Il serait très utile que ceux de nos collègues qui ont rencontré des cas semblables veuillent bien en faire connaître les observations.

Sur une chéloïde consécutive à l'emploi du collodion.

Par M. CH. AUDEY (de Toulouse).

Dans la séance du 14 janvier dernier, M. Thibierge a cité un cas de cicatrice chéloïdienne présternale consécutive à une cautérisation par la teinture d'iode.

J'ai eu, il y a trois ans, l'occasion d'observer une chéloïde provoquée par l'emploi du collodion.

Il s'agissait d'un garçon de 12 ans atteint d'un prurigo récidivant, léger. Il présentait, au niveau de la partie moyenne de la région présternale, un nodule chéloïdien gros comme un haricot, et qui était probablement survenu au pourtour d'une inflammation folliculaire ancienne.

A ce moment, je faisais des recherches sur les altérations du tissu élastique dans les cicatrices. J'incisai le nodule, suturai la petite plaie et recouvrit le tout avec de la gaze iodoformée collée avec du collodion circiné ordinaire et de bonne qualité.

Au bout de peu de jours, la peau s'irrita dans les points où le collodion avait été un peu abondant; elle rougit, se desquama, devint luisante, légèrement suintante.

Je ne fus pas peu surpris de voir très rapidement l'épiderme qui avait succédé à cette petite vésication devenir blanc, brillant, mince; puis le tégument s'indura, fit saillie et, en moins de 40 jours, s'établit une chéloïde exactement limitée aux points qui avaient été érosés par l'action caustique du collodion. Une petite élévation chéloïdienne était, de son côté, réapparue, sur la cicatrice de l'excision.

J'ajoute que, ayant excisé plusieurs fois des nodules d'acné chéloïdienne de la nuque, j'ai toujours vu la cicatrice redevenir chéloïdienne elle-même. Je n'y touche plus et j'ai complètement abandonné le collodion.

Papillome juxta-lupique de la pointe de la langue. Tuberculose cérébelleuse.

Par MM. AUDRY et IVERSING (de Toulouse).

Les observations du lupus de la langue passent pour être très rares. Dans le travail que M. Spire a publié en 1895, on ne trouve en effet citées que 14 observations (1). Ces observations offrent toutes un caractère commun : c'est que, dans aucun cas, le lupus n'existait que sur la langue. Toujours, il y avait ailleurs, sur le voile du palais, les joues, etc., d'autres lésions de même nature. Enfin, parmi ces 14 observations, on n'en citait que 3 où la lésion occupait la pointe de la langue. Dans la réalité, nous pensons que le lupus de la langue n'est rare que parce qu'il est méconnu — nous ne voyons pas du tout pourquoi la disposition papillaire de la muqueuse linguale pourrait rapporter un obstacle au développement du lupus.

En fait, dans l'espace de quelques semaines, nous en avons rencontré deux cas : le premier a déjà été présenté récemment à la Société ; si l'on s'en souvient, c'est tout simplement un cas de lupus bucco-pharyngé où la base de la langue avait été envahie par propagation ainsi que cela se passe le plus ordinairement.

En voici un deuxième beaucoup plus intéressant :

1° A cause de son siège sur la pointe de la langue ;

2° Parce qu'il était complètement isolé de tout autre lésion du même genre ;

3° Parce qu'il était caché par l'existence d'un petit papillome corné de la muqueuse ;

2° Parce qu'il s'est présenté dans des conditions cliniques telles que non seulement la nature véritable n'a pas été reconnue pendant la vie mais encore à l'autopsie et qu'il a fallu recourir à l'examen histologique pour arriver à déterminer la maladie.

Il est permis de croire que l'erreur de diagnostic qui a été ici commise ne paraîtra pas inexcusable.

X..., âgé de 47 ans, boulanger.

Antécédents héréditaires et personnels inconnus ; on sait cependant que le malade a eu un chancre ; il s'en souvient, mais il n'aurait pas eu d'accidents secondaires.

Il est entré à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Jeannel, pour se faire enlever une tumeur de la langue dont la nature paraissait douteuse. Deux jours après son entrée, il commence à présenter une tor-

(1) *Archives cliniques de Bordeaux*, 1895.

peur intellectuelle croissante, sans troubles de l'intelligence et, en moins de vingt-quatre heures, il est plongé dans un état de stupeur très prononcé. Cependant il comprend et répond.

Pas de phénomène d'excitation. C'est alors que, croyant se trouver en présence d'un malade atteint de syphilis cérébrale, on l'évacue dans le service de M. le professeur Audry.

État actuel, 14 janvier. — Il répond à peine à nos questions, il est absolument étranger à tout ce qui se passe autour de lui.

Il porte fréquemment ses mains à la tête comme pour nous indiquer l'existence d'une céphalée violente, mais ne s'en plaint pas.

En examinant sa langue, on aperçoit au niveau de la moitié gauche de la pointe une surface arrondie, de 2 centim. de diamètre environ, un peu saillante, formée par de petits relèvements inégaux papilliformes.

Au centre de la plaque, une dépression cratériforme semble indiquer l'existence d'un mince trajet; induration très légère et superficielle; il n'existe pas de masse intra-linguale. Pas de douleur. Aucune trace d'ulcération vraie ou d'érosion périphérique. Comme le malade suit le traitement ioduré depuis plusieurs jours, chez M. Jeannel, on admet qu'il y a un syphilome en voie de guérison, on élimine l'épithélioma et la tuberculose à cause de l'absence de douleur, de points jaunâtres et on ne songe pas au lupus car la plaque n'est pas lisse.

Il faut noter ensuite une contraction très prononcée de ses pupilles. Pas de ptosis ni strabisme.

Les différents réflexes (muscleux et tendineux) sont conservés ainsi que les différents modes de la sensibilité.

Aucune trace de paralysie faciale. La langue est mobile sans trémulation. Pas de paralysie bien nette du côté des sphincters. Le malade a conscience du besoin d'uriner; il se lève pour accomplir cet acte, mais il urine par terre; la nuit, il salit son lit. Léger nuage d'albumine dans les urines.

Le traitement antisyphilitique est immédiatement institué.

Frict. mercurielles. Iodure de potassium à la dose de 10 grammes.

Le 15. Les pupilles réagissent un peu mieux à la lumière.

Il continue à faire au lit. Il boit et avale quand on lui donne, il n'accuse aucune douleur, répond exactement et compte.

Le 16. Les pupilles sont plus dilatées. Le malade semble répondre à nos questions d'une manière plus nette et plus précise. Excitation vespérale manifeste; le malade se lève, marche, s'agite, parle la nuit.

Le 17. État stationnaire.

Le 18. Stupeur de plus en plus prononcée; le malade est plongé dans le coma absolu et meurt à 3 heures du soir.

Autopsie. — App, pulmonaire. Adhérences pleurales au sommet des deux poumons. Le sommet du poumon gauche adhère plus fortement à la paroi cortale et sur une plus grande étendue. Aux sommets, noyaux tuberculeux. Ces granulations ont le volume d'un pois; quelques-unes, dures au toucher, offrent à la coupe un aspect fibreux; les autres, molles, ramollies, sont dégénérées et caséifiées à leur partie centrale.

Cœur. — Volume normal. Les feuillets du péricarde très épaissis sont

intimement adhérents sur toute la surface de l'organe et constituent l'état de symphyse cardiaque. Aucune trace d'inflammation récente. Endocarde et valvules intactes.

Foie. — Normal tant au point de vue de sa forme, de son volume que de sa condition anatomique. Cependant, à la coupe, il paraît légèrement fibreux.

Reins. — Un peu congestionnés et non augmentés de volume.

Rate normale. Rien à signaler du côté de l'appareil digestif.

Cerveau. — Endocrâne intact. Écorce normale, méninges normales. Présence de granulations disséminées sur la convexité et qu'on prit pour des granulations de Pacchioni.

Le cerveau est fermé. Présence d'une grande quantité de liquide dans les ventricules latéraux qui sont faiblement dilatés ainsi que le quatrième ventricule.

Le cervelet est mou, friable. Il adhère partiellement aux méninges de la fosse occipitale inférieure gauche. En l'enlevant, on laisse contre la face externe de la faux, une masse rouge allongée, ferme, correspondant à une perte de substance cérébelleuse qui occupe une surface égale à une pièce de 5 francs; elle contient trois petites néoformations séparées les unes des autres par un mince intervalle et ayant chacune le volume d'un gros pois. On constate à la partie postérieure de la grande circonférence de l'hémisphère gauche du cervelet, par une induration qu'elle produit au toucher, l'existence d'une tumeur ronde, grosse comme une noisette. Celle-ci n'est recouverte que par une petite portion de l'écorce du cervelet.

Ces quatre tumeurs présentent à la coupe deux parties distinctes :

1° Une portion externe, périphérique, blanchâtre et assez consistante.

2° Une portion centrale, de coloration jaunâtre, ramollie, et paraissant dégénérée. Au pourtour est une gaine de ramollissement cérébelleux. Il est impossible de savoir microscopiquement si les gommes sont adhérentes secondairement aux méninges ou en sont nées.

Langue. — A la pointe de la langue, on reconnaît l'existence de la plaque. En la coupant par le milieu, on voit nettement que la muqueuse est considérablement épaissie et blanchâtre; on ne trouve rien d'anormal au-dessous.

M. le professeur agrégé Rispal, qui a bien voulu se charger de la recherche des bacilles de Koch dans ces tubercules cérébelleux y en a constaté la présence.

La nécropsie nous laisse admettre le diagnostic de syphilis linguale et cérébelleuse; l'existence de tuberculose pulmonaire n'est pas suffisante pour écarter notre première hypothèse.

L'allure générale, les excitations vespérales et nocturnes, les hyperthermies irrégulières, tout nous a paru concorder avec l'aspect habituel des méningo-encéphalites spécifiques. Ce développement considérable des gommes, l'existence de l'hydrocéphalie nous portent à croire que les lésions étaient trop avancées pour regresser sous l'influence du traitement mixte.

D'ores et déjà, d'ailleurs, la localisation cérébelleuse était tout à fait inattendue.

On va voir les résultats de l'examen microscopique.

Étude histologique. — *Foie* : normal.

Rein. — L'épithélium est manifestement malade d'autant plus que l'autopsie ayant été faite dans de bonnes conditions, on peut admettre que les altérations cadavériques ne pouvaient atteindre ce degré. L'épithélium en général est trouble, tuméfié, desquamant, les limites des cellules sont peu nettes. Un certain nombre de tubes sont manifestement dilatés et remplis par un exsudat amorphe, probablement albumineux. Dans un petit nombre de points seulement le tissu interstitiel semble présenter quelques traces d'irritation chronique au voisinage des artérioles.

Cervelet. — On a examiné trois tumeurs, toutes de constitution identique.

Elles sont formées par un énorme bloc caséeux, plus ou moins irrégulièrement arrondi. Le bloc est en général complètement privé d'éléments cellulaires; il est entouré par un tissu de néoformation manifestement tuberculeux. Ce caractère tuberculeux est précisé d'abord par l'extrême abondance des cellules géantes qui sont très bien caractérisées. Il a été complètement impossible de se faire une idée de leurs conditions histogéniques; mais il est vraisemblable qu'elles n'ont comme origine anatomique que l'origine habituelle. En fait, elles sont simplement dispersées dans du tissu conjonctif embryonnaire où l'on trouve les formations cellulaires ordinaires et en partie de nombreuses cellules plasmatiques dans un petit nombre de points.

La zone la plus interne présente absolument l'apparence et les dispositions générales d'un tissu réticulé vrai (formation habituelle autour des tubercules). Il est impossible de savoir quels rapports existent entre les éléments nerveux et les tubercules. Il n'existe point trace de cellules nerveuses. Le tubercule est appliqué toujours contre les méninges, toujours aussi il en est absolument distinct et ces derniers n'offrent en aucun point d'altérations permettant de croire qu'elles aient été le point de départ de la lésion.

Langue. — Les coupes qui n'avaient pas été collées offrent simplement la coupe de la muqueuse. Cette dernière paraît présenter des altérations absolument caractéristiques d'un papillome corné banal. Non seulement sur toute l'étendue les papilles étaient extraordinairement allongées, mais encore en plusieurs points elles formaient une intrication, un réseau entrecoupé de nattes conjonctives dont l'aspect était absolument caractéristique. Le papillome n'avait rien de caractérisé. Aucune trace d'évolution vers la malignité, une basale partout intacte, une couche épineuse extrêmement abondante avec des filaments d'union très robustes. La kératinisation s'opérait par le mécanisme habituel en pareil cas. Le développement énorme de l'espace péri-nucléaire, l'infiltration cornée de la périphérie des cellules sont caractéristiques. Le tissu conjonctif sous-jacent à l'épithélium offre bien quelques traces de diapédèse et en quelques points des dilatations lymphatiques remarquables, mais pour le moment rien ne permettait de porter un diagnostic autre que celui du papillome lingual. Sur d'autres coupes collées et par conséquent qui ne sont pas déchirées au niveau du derme on vit apparaître des lésions de lupus absolument caractérisées. Ces lésions occupaient l'étage profond du

derme; elles arrivaient au contact de la face supérieure des muscles mais ne les dissociaient point. Elles étaient tout à fait remarquables comme types de lupus, c'est-à-dire que, parmi ces nodules tuberculeux les uns présentaient souvent au pourtour des signes de fibrose, et les autres, à leur centre des signes de caséification non douteux; aucune trace de processus aigu; aucune ulcération. L'infiltrat lupique était toujours recouvert de l'épithélium papillomateux que nous avons décrit. Il n'arrivait à son contact immédiat que dans un petit nombre de points. En somme il s'agissait manifestement d'un petit foyer de lupus typique, peut-être en voie de régression spontanée et auquel était venu se superposer un papillome vulgaire. Ce sont là des formes que l'on retrouve fréquemment soit sur la peau, soit sur la langue, mais nous ne voyons pas que dans les autres cas le papillome ait jamais pu atteindre une individualité anatomique et clinique aussi prononcée.

Il n'y a pas lieu d'insister sur l'intérêt clinique qui peut être attaché à cette observation. Au début de cette note nous avons également indiqué les raisons qui la rendent particulièrement intéressante au point de vue du lupus lingual.

D'une manière précise, il faut en rapprocher l'observation déjà citée au début et où il s'est agi de lupus linguo-bucco-pharyngé compliqué d'épithélioma. On peut se demander si précisément le lupus ne joue pas un rôle actif quoique insoupçonné sur la provocation de bien des proliférations épithéliales bénignes ou malignes des muqueuses. Il faut se demander enfin si parmi les papillomes de la langue il n'en est pas beaucoup d'autres qui sont simplement la conséquence d'une irritation de ce genre, irritation inaperçue ou guérie.

Examen histologique d'une lymphite syphilitique du pénis.

Par M. CH. AUDRY (Toulouse).

Afin de l'examiner au point de vue histologique, j'ai excisé un centimètre d'une de ces volumineuses lymphites dorsales de la verge qui accompagnent souvent les chancres en nappe du sillon balano-préputial. Macroscopiquement, le fragment enlevé se présentait comme un cylindre plein, dense, ferme, d'une coloration jaunâtre sur la coupe. Il était engainé dans des feuillets fibreux blancs qu'on ne pouvait pas délayer exactement avec l'atmosphère celluleuse ambiante.

(J'ajoute que la petite plaie se réunit en cinq jours par première intention, et que cette résection n'entraîna en rien la disparition d'un énorme infiltrat syphilitique de toute la moitié dorsale du sillon balano-préputial; il guérit en effet très rapidement sous l'influence des frictions mercurielles.)

Les coupes perpendiculaires à l'axe du cordon nous montrèrent ce qui suit (après alcool, paraffine, bleu polychrome, etc.).

Il était impossible de découvrir une ordonnance régulière parmi les éléments qui constituaient ce cylindre en apparence si bien construit. A un point de vue général, on se trouve en présence d'une nappe de tissu conjonctif profondément remanié et dissocié d'après une disposition vaguement circulaire. Les faisceaux sont tantôt normaux, compacts, tantôt et le plus ordinairement dissociés, morcelés par les cellules néoformées ou émigrées, tantôt complètement annulés par la densité des infiltrats. Ces infiltrats sont constitués de différentes manières. Les uns contiennent de petites cellules à protoplasma peu abondant et coloré, à noyau petit, opaque à forme absolument indéterminée, allongées ou arrondies, parfois tassées d'une manière extraordinaire; elles se colorent d'une manière très vive; et représentent vraisemblablement des lymphocytes. Elles sont mélangées à quelques autres cellules plus grandes, ovalaires ou arrondies, granuleuses, claires; enfin de loin en loin quelques éléments assez volumineux, à protoplasma bien coloré, à noyau granuleux et gros, répondent au signallement des cellules plasmiques de Unna.

En un point, on voit la coupe perpendiculaire d'un gros tronc lymphatique. Il est essentiellement représenté par une fente revêtue d'un endothélium. Cet endothélium est appliqué sur des faisceaux conjonctifs qui semblent être circulaires; mais ce tissu conjonctif, très dense au voisinage immédiat de la lumière du canal, est extérieurement envahi par des cellules migratrices qui semblent converger vers lui. Il est d'ailleurs parfaitement perméable.

En général, toutes les nappes d'infiltrations cellulaire plus ou moins denses, plus ou moins étendues, semées à travers l'atmosphère conjonctive, sont parcourues par des capillaires lymphatiques et sanguins. Les lymphatiques sont de simples lacunes, sans paroi propre, revêtues d'un endothélium trouble, tuméfié, saillant, et rempli d'un exsudat granuleux. Les capillaires sanguins sont très nombreux et semblent des centres de diapédèse active. Les artérioles, également nombreuses, présentent des lésions très apparentes et presque constantes: tuméfaction des cellules de revêtement interne, oblitération par les exsudats, épaississement manifeste des parois.

Çà et là des coagulas arrondis, serrés à leur périphérie de quelques noyaux juxtaposés en couronne représentent de fausses cellules géantes qui résultent de l'oblitération de quelques lacunes lymphatiques.

En résumé, cette lymphite dorsale est constituée par une péri-lymphite et une vascularite intense. On dirait qu'il y a là comme une coulée de l'infiltrat bien connu de la sclérose syphilitique initiale. Cette coulée remonte le long de l'axe du courant lymphatique.

Histologiquement, aussi bien que cliniquement, elle fait positivement corps avec le chancre dont elle n'est qu'un prolongement dissocié au travers des travées conjonctives.

M. FRÈCHE, de Bordeaux, communique une note sur **une éruption tropho-nevrotique des extrémités** rappelant la dermatitis replus.

La Société décide qu'une séance supplémentaire sera consacrée à la discussion de la question suivante : **De la séborrhée et des alopecies.**

Cette séance aura lieu le troisième jeudi de mai.

Le secrétaire,
LOUIS WICKHAM.

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

SÉANCE DU 26 AVRIL 1897

Présidence de M. Ernest Besnier.

SOMMAIRE. — A l'occasion du procès-verbal : Tuberculose en nappe de la muqueuse des joues et des lèvres, par M. G. THIBIERGE. — Une salivation grave peut-elle se produire après quatre injections d'huile grise ? par M. LE PILEUR. (Discussion : MM. RENAULT, LE PILEUR, BARTHÉLEMY). — Sur les acrodermatites continues (polydactylites récidivantes), par M. H. HALLOPEAU. — Notice sur M. le professeur STOUKOWENKOFF, par M. BARTHÉLEMY. — Rapport sur la gestion du Comité de direction et la situation morale de la Société, par M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL. — Un cas de corne cutanée, par M. P. COUILLAUD. — Plaques leucoplasiques de la langue chez une malade atteinte autrefois de lupus, par M. DU CASTEL. (Discussion : M. BROcq.) — Langue géographique et gomme syphilitiques du pharynx, par M. DU CASTEL. — Sclérodémie en plaques de type insolite, par MM. DABIER et GASTOU. (Discussion : M. BROcq.) — Nævi systématisés métamériques, par MM. H. HALLOPEAU et E. WEIL. — Chancre syphilitique de la gencive supérieure à sa partie interne, par M. A. BÉOLÈRE. — Éruption trophonévrotique des extrémités rappelant la dermatitis repens, par M. FRÈCHE. — Lésions histologiques tuberculeuses dans un lupus érythémateux, par M. CH. AUDRY. — Mastite syphilitique gommeuse, par M. E. LEGRAIN. — Engélures séniles chroniques, par M. MÉNEAU. — Injection accidentelle de calomel dans un vaisseau, par MM. REY et L. JULIEN. — Des injections intra-veineuses de sels mercuriels solubles dans le traitement de la syphilis, par M. CH. ABADIE. — Macroglossie aiguë streptococcique, par MM. SABRAZÈS et BOUSQUET. — De l'origine nasale du lupus de la face, par MM. J. MÉNEAU et D. FRÈCHE. — Du lichen plan isolé de la muqueuse buccale, par MM. W. DUBREUILH et D. FRÈCHE. — Cas de trophonévrose cutanée, par M. CRUYL. — Circoncision complète produite par des excroissances verruqueuses du sillon balano-préputial, par MM. ALEX. RENAULT et TISSOT. — Élections.

A L'OCCASION DU PROCÈS-VERBAL

Tuberculose en nappe de la muqueuse des joues et des lèvres.

M. G. THIBIERGE. — Je dois à l'obligeance de M. Bezançon, chef du laboratoire de clinique chirurgicale à l'hôpital de la Pitié, la note suivante dans laquelle il décrit les lésions histologiques de la muqueuse buccale du malade que j'ai présenté dans la dernière séance :

Une coupe verticale de la muqueuse enlevée par biopsie montre que

l'épithélium est extrêmement augmenté d'importance ; la couche malpighienne a pris un développement considérable et, sur un certain point même, on trouve des formations qui rappellent les globes épidermiques ; cellules aplaties disposées en rangées concentriques : centre en dégénérescence cornée ; il n'y a là cependant qu'apparence d'épithélioma pavimenteux lobulé, car, si l'on examine le derme, on voit que, sur aucun point, l'épithélium n'y pénètre profondément sous forme de bourgeons, comme dans les cas d'épithélioma.

L'hypertrophie épithéliale est purement irritative, secondaire à une lésion capitale siégeant dans le derme.

Dans le tissu cellulaire du derme, en effet, on retrouve assez nombreux des amas ovoïdes, formés de cellules à noyaux déformés à protoplasma vitreux ayant tous les caractères de cellules épithélioïdes ; au milieu de ces cellules, on voit de place en place de grandes cellules à protoplasme vitreux, contenant dans leur intérieur 8 ou 10 noyaux (cellules géantes).

Il s'agit certainement ici de follicules tuberculeux et la nature de la lésion ne laisse aucun doute ; tuberculose de la lèvre, avec hypertrophie épithéliale.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

Une salivation grave peut-elle se produire après quatre injections d'huile grise ?

M. LE PILEUR. — Je regrette vivement de n'avoir pu assister à la séance de février pas plus qu'aux séances suivantes. Cela m'aurait permis de répondre plus tôt à l'observation de notre confrère M. Renault ; mais comme cette observation, en raison des graves accidents d'empoisonnement hydrargyrique qu'elle énumère, peut jeter du discrédit sur la méthode des injections insolubles, j'ai cru utile de me livrer à une courte enquête et en voici le résultat :

La nommée R..., 23 ans, fille soumise, vient me trouver le 8 octobre 1895 pour un mal de gorge qui dure depuis un mois au moins, dit-elle, et pour lequel un médecin de la ville a prescrit des gargarismes qui sont demeurés sans effet.

Diagnostic. — Chancre de l'amygdale droite en réparation, syphilides linguales, aphonie presque complète, adénopathie maxillaire correspondante considérable. Roséole confluente extraordinairement généralisée. Céphalée intense. Rien aux organes génitaux. Femme vigoureuse, très soignée. Dents magnifiques, trop serrées. N'a encore suivi aucun traitement.

Ainsi nous constatons déjà une première erreur dans le récit que cette femme a fait à M. Renault ; en effet, ce n'est pas en *Juillet* que la syphilis a débuté chez elle, mais bien au commencement de *Septembre*, car c'est à cette époque qu'elle a quitté sa maison de tolérance à cause de son mal de gorge et jusqu'à ce moment elle passait ses visites hebdoma-

daïres avec la mention : saine. De plus elle n'avait aucune manifestation spécifique aux organes génitaux.

Je propose des piqûres d'huile grise qui sont acceptées et du 8 octobre au 5 novembre je fais cinq piqûres de 3 gouttes et demi ou de 7 centigrammes de mercure métallique chacune, soit au total 35 centigrammes de mercure métallique injecté.

La roséole a disparu, la voix est revenue presque complètement, et il n'y a plus de traces de syphilides buccales, linguales ou amygdaliennes.

Je dis à cette femme qu'elle peut reprendre son métier mais qu'elle doit venir me voir de temps à autre. Ceci se passait le samedi 9 novembre : Or, au lieu de se rendre de suite au dispensaire, la joie de sa guérison l'engage probablement à la fêter trop copieusement, de sorte qu'après de nombreuses libations, quand elle passe sa visite le lundi on constate chez elle une uréthrite et on l'envoie à Saint-Lazare. C'est sous ce diagnostic qu'elle entre dans le service de M. Cheron, et non dans le mien, parce qu'elle avait été antérieurement déjà soignée à Saint-Lazare chez mon collègue pour un accident semblable. Elle ne se vante pas, bien entendu, du traitement qu'elle vient de subir chez moi et sort guérie de sa légère uréthrite le 27 novembre, 16 jours après son entrée. Je cite les dates administratives, sur lesquelles il ne peut y avoir de discussion.

Pendant ces quinze jours, elle n'a eu comme traitement que des boissons émolientes et diurétiques.

Je ne fus nullement surpris de ne pas revoir cette femme dans le courant de l'hiver, car, en général, les prostituées ne se soignent que lorsque des accidents surviennent qui leur font craindre d'être arrêtées.

Le 1^{er} mai 1896 elle revient me trouver avec du psoriasis palmaire, syphilide érythémateuse du tronc et des syphilides très légères aux amygdales et à la langue. — Je lui demandai pourquoi elle n'était pas revenue plus tôt, et elle me répondit que ces accidents n'étaient arrivés que depuis quelques jours, qu'elle n'avait rien eu pendant tout l'hiver et qu'au mois de janvier elle avait pris une vingtaine de pilules que lui avait données une de ses amies. — Je cite cette réponse parce qu'elle est en complet désaccord avec celle qui a été faite à M. Renault et du reste j'y reviendrai tout à l'heure.

Je fis immédiatement une première piqûre, une 2^e le 8 mai, une 3^e le 15, enfin une 4^e et dernière le 22 mai.

Mon observation est très exactement prise et je suis certain de n'avoir pas commis d'erreur.

Ce jour-là, 22 mai, tous les accidents avaient disparu, et quoique la malade insistât pour que je fisse au moins une 5^e piqûre, je refusai et l'engageai à retourner au dispensaire le lendemain. Elle n'en fit rien, et le 25 juin je reçus une lettre me priant d'aller la voir chez elle. Je trouvai un léger empâtement péri-utérin. Elle me raconta qu'au lieu de rentrer dans sa maison de tolérance, elle avait préféré courir les bals. Je prescrivis le repos absolu et de grandes injections d'eau bouillie chaude. J'examinai la peau, la bouche, les organes génitaux, il n'y avait pas trace d'accidents syphilitiques. Ne pouvant aller la revoir deux jours après, je chargeai de ce soin un de mes confrères qui me rapporta que, sous l'influence du traitement, la malade était beaucoup mieux et qu'elle me ferait redemander.

besoin était. Nous étions le 27 juin et je ne l'ai plus revue depuis. Elle entra à Broca le 1^{er} juillet, et c'est le 4 juillet, 43 jours après ma dernière injection qu'elle est prise de stomatite.

D'après l'observation de M. Renault, je pourrais prendre à ma décharge la série d'injections de calomel faites à mon insu entre mes deux traitements, je dis à mon insu car je n'aurais certes pas fait une seconde série d'injections d'huile grise si j'avais pu me douter que la malade vint de subir 16 injections de calomel (1 par semaine pendant 4 mois); mais je n'accepte pas cette excuse: 1^o parce que je ne puis admettre que des injections de calomel, même en quantité moindre que celle indiquée par la fille R..., injections qui sont reconnues comme beaucoup plus actives que l'huile grise, n'aient pas enrayé la marche d'accidents que j'ai fait disparaître en 15 jours; 2^o parce que cette femme qui, dans son récit, a commis une première erreur à propos du début de sa vérole, en a commis une seconde très grave à propos de ce traitement intermédiaire. M. Chéron, à qui je suis allé demander des renseignements, m'a déclaré qu'il n'avait jamais fait chez lui à personne et à aucune époque d'injections mercurielles; que, lorsqu'il employait cette méthode, c'était uniquement dans son service de Saint-Lazare et encore en sels solubles; jamais, m'a-t-il dit, une injection de sel insoluble n'a été faite dans mon service. — Or, j'ai établi plus haut, et cela d'après les registres de l'infirmerie spéciale, que la fille R... a passé 15 jours à Saint-Lazare au mois de novembre et n'y est plus entrée depuis. Donc l'attribution des injections de calomel à M. Chéron est une erreur. — Serait-ce un médecin de la ville que la malade n'avait pas voulu nommer qu'il faudrait rendre responsable? je ne le pense pas davantage, car je viens de dire que ces injections auraient dû guérir la malade des accidents qui l'ont conduite chez moi au commencement de mai. — Il faudrait donc admettre ou que les 4 injections d'huile grise faites en mai et qui représentent 28 centigrammes de mercure métallique ont suffi à déterminer les effroyables désordres énumérés par M. Renault, ou que la malade aurait continué à se faire mercurialiser par un autre médecin après mon traitement, et ceci n'aurait rien d'étonnant étant donné le regret que cette femme avait manifesté de me le voir interrompre. En tout cas, il y a là une inconnue qu'il aurait été très utile de dégager, ce qui est presque impossible étant donné le peu de véracité de cette femme; car s'il était établi que, soit par erreur, soit par imprudence, on lui eût administré une dose de mercure dépassant de beaucoup toutes celles qu'il est permis d'employer, en quoi un pareil accident pourrait-il infirmer l'excellence du procédé que nous vantons? Tous les remèdes peuvent tuer s'ils sont mal dosés; est-ce une raison pour ne pas en faire usage?

Enfin il y a une dernière question que je voudrais faire à M. Renault. La fille R... est entrée chez lui le 1^{er} juillet pour une métrite suivie promptement de métrorrhagie. Quel traitement a-t-elle subi alors ? Des injections chaudes probablement ? mais celles-ci étaient-elles d'eau bouillie pure ou additionnées de sublimé ? Ceci serait très important à connaître car il existe dans la science des cas authentiques et nombreux d'intoxication grave, d'empoisonnements suivis même de décès à la suite d'injections vaginales de solution de sublimé, même à une dose faible, pratiquées par des mains inhabiles ou qui n'ont pas su vider le vagin.

M. ALEX. RENAULT. — Les injections vaginales faites à la malade, ont été, non des injections de sublimé, mais des injections d'eau boriquée chaude.

Maintenant, les réserves formulées par M. Le Pileur n'infirmant en rien la valeur des déductions que j'ai tirées de mon observation.

Même en tenant compte des renseignements erronés fournis par la malade, il n'en reste pas moins acquis que M. Le Pileur, de son propre aveu, a fait, d'avril en mai 1896, quatre injections d'huile grise, dont la dernière, vers le 15 mai.

A supposer que de nouvelles injections aient été pratiquées par un autre médecin, ce qui n'est nullement prouvé, du 15 mai au 1^{er} juillet, date de l'entrée à l'hôpital Broca, le mode de traitement n'en serait pas moins responsable des accidents effroyables que nous avons décrits.

D'ailleurs, à propos de ce cas, que les partisans des injections de mercure insoluble me permettent de leur poser trois questions :

1^o De tous les modes de mercurialisation employés, leur méthode est-elle celle qui, au point de vue de la fréquence, expose aux phénomènes toxiques les plus graves ?

2^o Employée dès le début, s'oppose-t-elle toujours aux accidents sérieux de la période secondaire ?

3^o Dans quelle mesure exerce-t-elle une influence atténuatrice sur le virus, et prévient-elle l'apparition des accidents tertiaires ?

A la première question, la réponse ne peut-être que : oui. Les statistiques le démontrent. Vogeler, cité par M. le professeur Fournier, dans son livre sur le *Traitement de la syphilis*, avait déjà réuni en 1890 dix cas de mort, causés par les injections de mercure insoluble. M. Fournier en ajoute deux autres, encore inédits.

A la seconde question, il faut dire : non. Les faits cliniques l'attestent. L'année dernière encore, j'avais pris le parti de traiter par les injections de calomel une femme de mon service, atteinte de syphilide papulo-squameuse extrêmement confluyente et généralisée. La malade supportait admirablement le remède, dont l'absorption était confiée à la peau, à raison de 10 centigrammes par semaine. Mon but était de guérir plus promptement un des accidents les plus rebelles de la période secondaire. Or, après la 4^e injection, je vis apparaître une iritis grave, sans que la patiente eût bénéficié beaucoup, au point de vue éruptif, de la méthode employée.

Quant à la question de garantie pour l'avenir, nous ne savons encore rien de positif. Nous ne serons édifiés à cet égard que par des statistiques consciencieusement établies, pendant une longue suite d'années.

Je répète donc que la méthode des injections insolubles, dont je suis loin de méconnaître la puissance, ne doit être appliquée qu'à titre exceptionnel. Il faut la réserver aux cas de syphilis cérébro-spinale ou viscérale, dont la localisation menace l'existence ; la généraliser davantage serait faire courir aux malades des risques, dont nous ne pouvons prévoir ni calculer l'étendue.

M. LE PILEUR. — Je laisserai pour le moment de côté les questions théoriques soulevées par mon confrère, cela nous entraînerait trop loin et est tout à fait à côté de la question. Je me bornerai seulement à dire pour conclure : le reproche fait par M. Renault aux injections ne serait réellement valable que si la malade n'avait pas subi d'autre traitement que le mien, c'est-à-dire deux séries de piqûres : l'une de cinq et l'autre de quatre, séparées par un intervalle de six mois. Or, bien au contraire, la malade reconnaît elle-même avoir reçu d'autres injections de sels insolubles, mais elle ne dit pas la vérité quant à leur auteur, et pas davantage probablement quant à leur date.

Dans ces conditions on ne peut critiquer sérieusement une méthode parce qu'elle a été mal employée.

M. BARTHÉLEMY. — On connaît le rôle de l'intolérance individuelle. J'ai vu par exemple une malade atteinte d'une stomatite des plus graves pour avoir pris pendant huit jours deux cuillerées à bouche de sirop de Gibert. Je ne puis admettre que, comme l'a déclaré M. Renault, une intoxication mercurielle soit la cause d'une tuberculose.

M. RENAULT. — J'ai déclaré simplement que la malade avait été en état d'inanition pendant six semaines, et que cette inanition a dû contribuer au développement de la tuberculose.

A L'OCCASION DU PROCÈS-VERBAL

Sur les acrodermatites continues (polydactylites récidivantes).

Par M. H. HALLOPEAU.

L'observation publiée par M. Audry sous le nom de *phlycténose récidivante de la face antéro-externe du pouce* nous paraît se rapporter au type clinique nouveau que nous avons signalé à deux reprises (1)

(1) H. HALLOPEAU. Sur une asphyxie locale des extrémités avec polydactylite suppurative chronique, et poussées éphémères de dermatite pustuleuse disséminée et symétrique. *Bull. de la Soc. de dermat.*, 11 avril 1890. — Sur un deuxième cas de polydactylites suppuratives récidivantes. *Bull. de la Soc. de dermat.*, 22 avril 1892.

dans des communications à la Société de dermatologie, sous l'étiquette de *polydactylites suppuratives récidivantes* ; depuis lors nous avons eu maintes fois l'occasion d'observer ces dermatoses qui ne nous paraissent pas avoir suffisamment attiré l'attention, car elles sont loin d'être rares et elles constituent des problèmes intéressants pour le pathologiste en même temps que pour le thérapeute.

Si nous leur appliquons aujourd'hui une nouvelle dénomination, c'est parce que celle que nous avons primitivement adoptée est, à divers égards, trop restreinte ; en effet, il ne s'agit pas seulement d'affections suppuratives, car nous avons vu l'éruption être, en pareil cas, exclusivement vésiculeuse ; d'autre part, elle peut être limitée à un seul doigt ou à une partie d'un doigt et elle peut aussi envahir les autres parties des mains et des pieds ; enfin, l'un des caractères essentiels de l'affection est l'apparition, pour ainsi dire constante, de nouveaux éléments éruptifs : ces différents caractères nous paraissent justifier l'appellation nouvelle d'*acrodermatite continue*.

Parmi les cas nouveaux que nous avons observés depuis 1892, nous en signalerons deux :

La nommée G... est atteinte, depuis cinq ans, d'une dermatose qui est restée longtemps limitée au médius de la main droite ; dans ces derniers temps, elles s'est étendue à toutes les extrémités digitales, sauf l'annulaire et l'auriculaire droits ; elle intéresse également aujourd'hui les faces palmaires et dorsales des mains, bien qu'avec moins d'intensité. L'éruption est constituée concurremment par des vésicules, des excoriations, de la rougeur avec épaississement du tégument et par des desquamations lamelleuses ou légèrement croûteuses ; ces diverses altérations répondent aux différents âges de lésions incessamment récidivantes ; chaque jour de nouvelles vésicules se forment, s'ouvrent ou se dessèchent, et donnent lieu, soit à des excoriations, soit à des croûtelles ou des squames ; lorsque celles-ci se détachent, on voit le derme recouvert d'un épiderme aminci, lisse et brillant ; en d'autres points, la peau est au contraire épaissie et ses plis sont exagérés ; les parties malades sont rouges par places ; il ne se produit pas de prurit, mais des sensations pénibles de cuisson. Aucun doigt n'est actuellement envahi dans sa totalité. L'ongle de l'index droit présente, au-devant de la lunule, une dépression qui indique un trouble dans sa nutrition. On voit que, dans ce cas, il s'agit d'éruptions purement vésiculeuses ; elles diffèrent de l'eczéma par l'absence de prurit, par la localisation à une main, par la production incessante de vésicules isolées et non agminées comme le sont celles de l'eczéma.

L'autre fait sur lequel nous désirons appeler l'attention de la Société a trait à un malade de la ville, M. S..., que notre collègue M. Laffitte a eu l'occasion d'observer avec nous : son éruption est limitée à l'index de la main droite, elle s'y reproduit incessamment depuis le mois de septembre ; elle est caractérisée par la production journalière de vésicules isolées qui bientôt se rompent et sont remplacées par de minces squames ou croûtelles ;

le doigt a été envahi progressivement dans toute son étendue; il est rouge et squameux; l'ongle est creusé verticalement de sillons profonds, il a perdu son poli. Ce qui caractérise surtout cette dermatose, c'est sa continuité; souvent le malade paraît guéri, mais bientôt de nouvelles vésicules se produisent. Il n'y a pas de prurit, mais seulement une légère cuisson et une sensation de gêne pénible dans les mouvements.

Ces deux faits ressemblent à ceux que nous avons déjà publiés par leurs localisations, ainsi que par leur caractère essentiellement récidivant; ils en diffèrent par la nature des éléments éruptifs qui sont vésiculeux au lieu d'être purulents. On n'observe pas, comme chez notre premier malade, de phénomènes d'asphyxie locale non plus que des poussées généralisées avec envahissement de la muqueuse buccale par des infections secondaires. On a vu que, dans le cas de M. Audry, l'éruption, après avoir débuté par des poussées phlycténoïdes de cause et de nature indéterminées, est constituée depuis quatre mois, par la reproduction constante, sur la face antéro-externe du pouce, d'éléments indolents, d'abord vésiculeux, puis purulents qui s'ouvrent et guérissent: les localisations et l'évolution des lésions sont donc ici les mêmes que dans nos faits.

Ainsi que nous l'avons dit déjà, la cause prochaine de ces récides incessantes est due, selon toute vraisemblance, aux conditions de milieu toutes particulières qu'offrent aux agents pathogènes l'épiderme épais de ces régions; il est probable que des microbes de nature différente peuvent se comporter identiquement à cet égard: en effet, les examens qui ont été pratiqués chez nos différents sujets y ont dénoté la présence, tantôt du staphylocoque doré, tantôt du staphylocoque blanc, tantôt du streptocoque; il est possible que l'agent pathogénique de l'eczéma se localise dans cette région comme le font les microbes pyogènes et y engendre ainsi une dermatite chronique à marche toute particulière; il faudra donc distinguer des formes vésiculeuses, phlycténoïdes et suppuratives de cette dermatose; la nature des éléments éruptifs varie, leurs localisations, et leur mode de reproduction restent identiques (1).

(1) L'observation que M. Frèche a communiquée dans cette même séance à la Société sous le nom d'éruption tropho-névrotique des extrémités rappelant la dermatite repens et qui est publiée dans ce numéro de notre bulletin (v. p. 491), se rapporte à un cas très analogue à ceux que nous avons fait connaître antérieurement; notre collègue en fait ressortir les rapports avec la dermatitis repens de M. Crocker tout en l'en différenciant; il la rapproche également d'un cas plus récent de Stowers. Il soutient au point de vue pathogénique la théorie tropho-névrotique, comme l'avait fait Vidal en 1889 à propos de notre premier malade, chez qui il existait des phénomènes d'asphyxie cutanée; elle ne nous paraît applicable à plusieurs de nos observations et la théorie que nous avons proposée nous paraît suffisante pour rendre compte des faits sans recourir à cette hypothèse. Il résulte des publications que nous venons d'énumérer que cette dermatose est loin d'être rare.

Notice nécrologique sur M. le professeur Stoukowenkoff.

Par M. BARTHÉLEMY.

Notre éminent et savant collègue le professeur Stoukowenkoff, de Kieff, vient d'être inopinément ravi à l'affection des siens. Qu'il me soit permis d'exprimer ici les regrets et le deuil profond que cause à tous ceux qui l'ont connu la mort si soudaine et si cruelle de cet homme de bien : c'est presque un devoir pour moi de rendre hommage aux rares qualités que m'avaient fait reconnaître et honorer en lui des relations étroites et anciennes.

Stoukowenkoff était un « médecin » dans la meilleure acception du mot. Il a succombé en plein talent, en pleine activité, finissant par tomber victime de son labeur acharné. D'une extrême droiture, d'idées très larges, d'une grande élévation d'esprit, il était surtout d'une admirable bonté ; c'était là sa qualité dominante : guérir, soulager, autant qu'il était humainement possible, voilà toujours le but de ses efforts. Mais surtout, disait-il, ne jamais traiter en coupables les syphilitiques que leurs longues souffrances et leur grand péril rendent déjà bien assez malheureux !

Abolitionniste convaincu, c'est en véritable apôtre qu'il défendait et propageait ses idées qui avaient une haute portée pratique dans son pays et dans sa spécialité qu'il honorait.

Multipliant les conférences, ne ménageant pas ses peines pour assister aux congrès, provoquant même les réunions, récemment encore à Saint-Petersbourg, il préconisait un ensemble de mesures qui mettrait le pays où elles seraient bien appliquées en avance surtout ce qui existe actuellement. Démontrant que les mesures les plus coercitives n'avaient pas suffi jusqu'ici à enrayer la propagation de la syphilis, puisque le nombre des syphilitiques est incalculable dans le monde, il n'avait espoir pour délivrer l'espèce humaine de ce fléau que dans la Science pour l'avenir et pour le présent dans la bien-faisance permettant de multiplier les pansements curateurs et protecteurs. En attendant l'immunisation méthodique, il avait considéré les injections mercurielles, hypodermiques, intra-musculaires et même intra-veineuses, comme le moyen le plus énergique des traitements antisiphilitiques et il s'était appliqué à en répandre l'usage par la pratique, par l'enseignement et par les faits ; ce qui n'était d'ailleurs, dans son esprit comme dans le nôtre, qu'une médication d'attente. Son souvenir et son exemple seront conservés dans notre Société qu'il affectionnait, prenant part, chaque fois qu'il le pouvait, à nos réunions et à nos congrès.

Rapport sur la gestion du Comité de direction et la situation morale de la Société.

Par M. H. HALLOPEAU, Secrétaire général.

Dans notre dernier rapport, nous avons pu marquer d'une croix blanche l'année qui venait de s'écouler, en ce sens qu'aucun membre de notre société n'avait disparu ; il n'en est malheureusement pas de même aujourd'hui : notre collègue Leloir et nos membres correspondants Smirnoff et Stoukowenkoff nous ont été enlevés.

La mémoire de Leloir ne s'éteindra pas : il laisse, parmi de très nombreux et importants travaux, ses deux beaux livres sur la lèpre et la tuberculose.

Smirnoff, que nous comptons depuis deux ans seulement parmi nos correspondants, représentait dignement, dans notre Société, la dermatologie Finlandaise ; son nom restera comme celui de l'un des premiers partisans du traitement de la syphilis par les injections hypodermiques.

Ce traitement a été également l'objet de prédilection des études du bien regretté Stoukowenkoff, de Kiew ; chacun de nous a présent à l'esprit les intéressants mémoires qu'il a publiés sur ce sujet dans nos Bulletins ; chacun se rappelle également l'ami qui a pris si chaleureusement part à notre réunion Lyonnaise et déplore sa fin si prématurée.

Malgré ces pertes si regrettables, et quelques défections, le nombre de nos membres titulaires a continué à progresser : il est actuellement de 137.

Comme les années précédentes, nos séances ont été fécondes en publications originales : peut être cette fécondité a-t-elle même été surabondante, car elle a nécessité une extension considérable de notre bulletin : il atteint 43 feuilles, alors que, d'après notre traité avec notre éditeur, le nombre de feuilles imprimées gratuitement ne s'élève qu'à 30 ; force nous a été d'appliquer l'article 16 de notre règlement d'après lequel l'excédent des dépenses d'impression doit être réparti proportionnellement entre ceux des membres qui ont franchi la moyenne établie par le comité de direction, d'après l'étendue des communications faites dans l'année.

Notre budget ne se trouve donc pas déséquilibré par l'excès de notre publication et, d'un autre côté, chacun de nous se sent les courtoises franchises pour multiplier autant qu'il le désire le nombre de ses communications et leur donner l'extension qu'il juge utile.

Nous devons reconnaître cependant que cette mesure nécessaire n'a pas été sans soulever quelques protestations ; on a fait remarquer,

non sans raison, qu'il est choquant, et même injuste, de soumettre à une contribution exceptionnelle ceux d'entre nous qui contribuent le plus à assurer par leurs publications la prospérité de la Société et d'arriver ainsi à cette formule paradoxale : *qui travaille paie* ; aussi, votre Comité de direction a-t-il dû se préoccuper des moyens à employer pour éviter dans l'avenir ces cotisations supplémentaires, qui se sont élevées pour plusieurs d'entre nous à des chiffres relativement considérables : c'est dans ce but qu'il a proposé et obtenu de réduire à une seule séance la durée de la session annuelle ; si, en même temps, l'on ne fait qu'exceptionnellement des séances supplémentaires, notre Bulletin rentrera dans les limites normales ; nous avons confiance qu'il en sera ainsi cette année.

Dans votre récent référendum, vous avez décidé que l'assemblée générale aurait lieu au commencement de la semaine qui suit celle de Pâques : vous avez ainsi donné satisfaction simultanément aux Parisiens qui pourront être revenus à cette époque de leurs vacances et aux membres de la province qui peuvent être appelés à Paris à cette même date par d'autres assemblées.

L'année 1896 a été marquée par la réunion à Londres du troisième Congrès international de dermatologie ; les nombreux délégués qui y représentaient notre Société, sous la direction de notre cher président, ont trouvé auprès des confrères Londoniens l'accueil le plus cordial ; ils ont tous largement payé de leur personne, leurs communications ont été écoutées avec intérêt, et nous ne craignons pas de dire que nombre d'entre elles, contenant des aperçus tout nouveaux et constituant ainsi de véritables conquêtes scientifiques, marqueront une date dans l'histoire de la dermatologie.

Le Congrès de Londres, avant de se séparer, a désigné Paris comme devant être, en 1900, le siège de la prochaine réunion internationale ; nous sommes heureux de vous dire que, dès à présent, sur l'initiative du président désigné du futur Congrès, des études sont commencées pour en assurer le succès ; nous aurons à nous inspirer à cet égard des souvenirs de 1889 et aussi à tenir compte des progrès réalisés depuis lors à Vienne et à Londres.

Au mois d'août prochain, les Dermatologues sont convoqués à Moscou comme membres du Congrès médical international ; nous devons espérer que, malgré la distance, notre Société y figurera honorablement, comme elle l'a fait, en 1893, au Congrès de Rome et que nombre d'entre nous répondront à l'appel chaleureux de nos amis de Russie.

Je laisse à notre trésorier le soin de vous exposer notre situation financière ; avec notre nouveau règlement elle ne peut être qu'excellente.

En terminant ce rapport, nous nous félicitons de constater, comme

les années précédentes, que notre Société est en pleine prospérité et qu'elle rend incessamment à notre science des services signalés en l'enrichissant, non seulement de faits, mais aussi de conceptions nouvelles, marques éclatantes du progrès.

Un cas de corne cutanée.

Par M. PAUL COUILLAUD.

M. B..., âgé de 83 ans, demeurant à Romainville (Seine), est porteur d'une *corne cutanée* siégeant à la partie antéro-externe de la région cervicale inférieure.

M. B... n'a aucun antécédent pathologique.

Ses enfants sont bien portants.

Son père et sa mère sont morts à 80 et 83 ans.

Cinq de ses frères ou sœurs sont morts en bas âge ; seule une sœur survit, elle a 76 ans,

Il y a environ trois ans, B... constata, à l'endroit où se trouve actuellement sa corne, la présence « d'un petit bouton » qu'il *décolla* en le frottant avec le doigt humecté de salive. La petite plaie qui en résulta se cicatrisa après une suppuration de quelques jours.

Au bout de peu de temps, B... s'aperçut que le *bouton* repoussait, mais était bien plus dur et de consistance cornée. Comme cette végétation était indolente, B... ne s'en occupa plus et la production épidermique s'accrut peu à peu en longueur et en diamètre. De bonne heure elle prit l'aspect d'une corne en miniature.

Il y a trois mois, B... commençant à éprouver une gêne assez grande par suite du poids de sa corne, en même temps qu'une vive démangeaison au pédicule de la tumeur, est venu me demander de l'en débarrasser.

Actuellement la corne a une longueur de 28 centimètres.

Elle tient à la région cervicale par un pédicule constitué par le tissu cellulaire et la peau environnant sa base, lesquels sont entraînés par la pesanteur.

La circonférence du pédicule mesure neuf centimètres ; celle de la base de la corne dix centimètres, et celle prise au milieu neuf centimètres.

Dans son ensemble, la corne de B... représente assez exactement une demi-circonférence de 11 centim. de diamètre terminée par un crochet formant une deuxième demi circonférence de 2 centimètres de diamètre.

Elle présente deux faces : une antérieure qu'on voit sur la photographie jointe à cette observation, et une postérieure qui s'applique contre la paroi thoracique par son propre poids.

La face antérieure figure absolument la corne de bœuf ; elle est hémisphérique sur la moitié basale, puis devient diédrique jusqu'à la pointe. Elle est constituée d'un bout à l'autre par du tissu corné et insensible.

La face postérieure est plane et n'affecte que sur les deux tiers de sa

longueur (les vingt derniers centimètres vers la pointe) l'aspect de la corne normale.

Sur les trois premiers centimètres qui touchent au pédicule, la surface est formée de tissu fongueux, blanchâtre et légèrement macéré ; des fissures la sillonnent, d'où suinte une petite quantité de liquide.

Cette partie est très sensible au toucher et cause à B... des démangeaisons très vives.

Dans les cinq centimètres qui suivent, la face postérieure devient cornée, mais au lieu de présenter l'aspect cannelé et poli de la corne normale, elle est creusée de trous irréguliers et anfractueux de 1 à 2 millimètres de profondeur et 3 à 4 centimètres et plus de largeur.

A la face postérieure, le pédicule se réduit à sa plus simple expression, une ligne.

A la face antérieure, au contraire, il est formé par la peau attirée en bas et en avant par la circonférence basale de la corne. Cette partie est rouge et sensible au toucher.

La peau du voisinage est saine ; seule celle qui se trouve en contact avec la partie macérée de la corne est légèrement rouge. Sur cette petite aire, on constate la présence d'une petite végétation épithéliale.

B... présente sur le thorax et sur la face des verrues séniles en petit nombre et de petites dimensions.

Outre son affection cutanée, B... est atteint de maladie de Parkinson.

Je donnerai prochainement le résultat de l'examen histologique. Cependant je crois pouvoir formuler déjà la conclusion suivante : l'excroissance est de nature épithéliomateuse et doit être excisée.

Plaques leucoplasiques de la langue chez une malade atteinte autrefois de lupus.

Par M. DU CASTEL.

La malade, que j'ai l'honneur de vous présenter, a été atteinte d'un lupus du nez et du voile du palais dont j'ai pu obtenir, il y a quelques années, la guérison sans trop grande difficulté. Vous pouvez voir les cicatrices de l'extrémité du nez et du voile du palais qui ont succédé à l'affection ancienne. Dans ces derniers temps, cette jeune fille a vu se développer à la face inférieure de la langue deux plaques blanchâtres : l'une siège vers la pointe et a le volume d'un gros grain de chènevis ; l'autre est située un peu plus en arrière ; sa forme est allongée d'avant en arrière ; son diamètre antéro-postérieur mesure 2 centimètres environ ; son diamètre transverse 4 ou 5 millimètres. Ces plaques sont légèrement surélevées, sèches, granuleuses. La malade nie tout antécédent syphilitique et il est impossible de relever chez elle aucune lésion de syphilis. Faut-il, dans ces conditions, admettre

que nous sommes en présence d'un réveil du lupus dans une localisation et sous une forme insolites ? La biopsie n'ayant pas encore été faite, je ne puis vous dire ce que le microscope nous apprendra ; j'ai voulu vous montrer la lésion avant qu'elle ne soit altérée par aucune manœuvre opératoire.

M. BROCCQ. — Je suis très heureux de la communication que vient de faire M. le Dr Du Castel, car j'ai vu des cas analogues à celui qu'il vient de vous présenter, et je n'ai pu leur donner d'étiquette précise.

Le plus éloigné en date dont je me souviens est celui d'un homme d'une cinquantaine d'années qui présentait sur la partie latérale gauche de la langue une lésion bien limitée, constituée par des points blanchâtres, et par un peu d'exagération de papilles, sans la moindre induration : il m'était envoyé comme ayant un épithélioma ; je ne pus confirmer ce diagnostic, car je ne trouvais pas l'induration caractéristique, mais il me fut impossible de formuler une opinion précise ; le malade fut opéré.

Tout récemment, à Broca, j'ai longuement observé une ancienne syphilitique, atteinte, disait-on, de deux plaques muqueuses rebelles de la langue, et soignée depuis trois mois sans aucun succès pour ces lésions. C'était absolument la même affection que celle de la malade qui vous est présentée aujourd'hui. Elles consistaient en plaques blanches ovalaires de 1 centimètre de grand axe environ sur 6 ou 7 millimètres de petit axe, nettement limitées, d'un blanc assez mat, manifestement constituées par le groupement de petits éléments blanchâtres, arrondis, de la grosseur moyenne d'une tête d'épingle, à peu près indolents, faisant une légère saillie au-dessus du niveau de la muqueuse linguale, sans réaction inflammatoire périphérique : ils siégeaient sur le bord gauche de la langue ; ces plaques ne présentaient pas de dépression centrale, et étaient absolument fixes. M. le Dr Veillon a essayé de cultiver le produit du grattage de ces lésions ; il n'a trouvé que les microbes banals de la cavité buccale. Le traitement anti-syphilitique même intensif est resté sans le moindre effet. Par contre, dès qu'on l'a eu cessé, des soins antiseptiques de la cavité buccale et des attouchements fréquents à l'acide chromique ont amené la disparition de ces lésions en trois semaines.

En ce moment même j'observe à la consultation de l'hôpital Pascal une femme qui présente des lésions de la langue à peu près analogues, quoiqu'elles me paraissent constituer une autre variété ; aussi n'en dirais-je que quelques mots, me réservant d'y revenir plus tard quand les études bactériologiques, cliniques et thérapeutiques que nous faisons de ces cas, que nous avons fait mouler, seront assez avancées. Chez ce dernier sujet les lésions du bord de la langue sont plus diffuses, moins groupées en plaques, moins fixes, mais constituées aussi par les mêmes grains blanchâtres.

En somme, il nous semble que nos deux premiers malades et celui de M. le Dr Du Castel constituent un type morbide net : c'est une affection spéciale de la langue non encore décrite et bien différente des leucoplasies vraies, du lichen ruber plan, de la glossite exfoliatrice marginée et des

plaques muqueuses. Il reste à en déterminer la nature, ce que nous regrettons de n'avoir pu faire, et ce qui nous a empêché jusqu'ici de publier nos observations.

Langue géographique et gommess syphilitiques du pharynx.

Par M. DU CASTEL.

La malade, que j'ai l'honneur de présenter à la Société, est une femme de 25 ans, de forte constitution, atteinte de deux lésions dont la parenté a été autrefois le sujet de discussions assez vives : une glossite en aires et une syphilis gommeuse du pharynx. Comme vous pourrez le voir, la langue est des plus nettement atteinte de l'altération dite géographique et en même temps le voile du palais est le siège d'une infiltration gommeuse en nappe avec ulcérations multiples, avec destruction de la luette ; il y a aussi une ulcération gommeuse sur la paroi postérieure du pharynx. Y a-t-il quelque corrélation entre le développement de ces deux lésions ou leur coïncidence est-elle fortuite ? Aurait-elle pu servir d'argument aux auteurs qui voulaient autrefois que la langue géographique fût une manifestation de l'hérédosyphilis ? Il faudrait, pour interpréter dans ce sens la coïncidence des deux lésions, que notre malade fût une hérédosyphilitique : or, cette femme solidement plantée ne présente en aucune façon le développement chétif, les stigmates de l'hérédosyphilis. Les deux incisives médianes présentent, il est vrai, deux encoches morbides très accusées ; mais ce n'est pas là le type caractéristique de la dent en croissant d'Hutchinson ; la malade a souffert dans sa première enfance, elle a eu des convulsions, nous ne savons au juste pourquoi ; mais ces accidents du premier âge suffisent à motiver l'altération de développement des dents sans qu'il soit nécessaire d'invoquer l'intervention d'une syphilis héréditaire qui n'aurait laissé ni déformation du nez, ni altérations de la cornée. Du reste, la malade a eu, il y a cinq ans, des plaques muqueuses vulvaires abondantes, et à cette époque notre collègue M. Barthélemy lui a fait suivre un traitement mercuriel. Il semble donc que les accidents pharyngés actuels soient le résultat d'une syphilis dont notre collègue Barthélemy a vu les débuts. La glossite exfoliatrice remonterait à l'enfance et ne peut en tout cas être attribuée à une syphilis de date récente. Aussi me paraît-il jusqu'à nouvel ordre naturel d'admettre que notre malade n'est pas une hérédosyphilitique, qu'elle a contracté la syphilis, il y a quelques années, et que depuis son enfance (c'est elle-même qui le déclare), elle est porteur d'une glossite exfoliatrice en aires dont la nature n'est nullement syphilitique.

Sclérodermie en plaques de type insolite.

Par MM. DARIER et GASTOU.

Au mois de janvier 1897, venait dans le service de notre maître, M. le professeur Fournier, une jeune femme de 24 ans présentant à la joue gauche, sur l'épaule et le bras gauche des lésions maculo-tuberculeuses d'un aspect tout à fait curieux. En les examinant on était conduit à penser soit à des placards lépreux, soit à de la tuberculose cutanée anormale, ou encore à des néoplasies telles que mycosis fongicide, myômes, etc., sans qu'aucune de ces hypothèses parût satisfaisante.

Une enquête clinique et anatomique approfondie devenait indispensable. L'étude de ce cas nous a paru intéressante à trois points de vue : 1° à celui du diagnostic clinique; — 2° en raison de lésions histologiques très spéciales; — 3° au point de vue de l'action du traitement que nous avons institué.

OBSERVATION (par GASTOU).

La malade est la quatrième de neuf enfants.

Son père, d'un caractère violent et emporté, est toussueur depuis de longues années, mais malgré cette toux il jouit d'une bonne santé.

La mère, qui a eu la variole en 1870, est bien portante. Elle a eu neuf enfants. Le premier, venu au monde à huit mois, est mort quelques semaines après sa naissance. Le second, venu à terme, est mort à deux mois.

Le troisième, qui semble avoir été hydrocéphale, avait des attaques convulsives, de l'idiotie et mourut à 21 ans à Ville-Evrard, du choléra. Deux autres enfants sont morts, l'un de la rougeole, l'autre de méningite. Rien à signaler sur les trois autres.

Née à Paris en mai 1873, la malade a eu à 3 ans la rougeole, à 11 ans la fièvre typhoïde. Elle a toujours été, dit-elle, d'un caractère triste et ne jouait jamais. Plus tard, après l'apparition de ses règles à 16 ans, règles qui ont toujours été douloureuses, elle continua à être nerveuse, impressionnable, d'un caractère sombre, très peureuse, continuellement sous le coup d'idées noires et d'hallucinations. Ces hallucinations survenant à l'état de veille avaient toujours le même caractère : elle voyait apparaître un homme avec un couteau. C'est surtout le soir qu'elle en souffrait. La nuit c'étaient des cauchemars terrifiants. Disons encore qu'elle n'a jamais quitté Paris.

La malade fait remonter le début de sa maladie à l'âge de 17 ans, en 1890 ;

Elle rentrait chez elle, un soir, elle eut peur dans la rue et en arrivant chez ses parents survint une violente attaque convulsive suivie d'évanouissement.

Environ un mois après cette soirée, apparut une petite papule, sembla-

ble à une tache de rousseur, sur la joue gauche. Cette papule s'élargit progressivement, puis il en vint d'autres, semblables, sur le bras gauche.

Elle commence à se soigner en 1892 ; successivement elle applique des pommades variées, puis pendant 18 mois, prend du vin iodo-tannique, des bains salés, est traitée par des pointes de feu et des scarifications à raison de deux séances par semaine.

Ne voyant pas d'amélioration, elle cesse tout traitement en 1894.

En 1895, elle a des ennuis, causés par des scènes de famille et les difficultés apportées à son mariage. A ce moment apparaissent de nouvelles taches au poignet et à l'épaule. Elle se marie; dix mois après elle accouche d'un enfant qui est actuellement bien portant.

Aujourd'hui, notre malade a souvent des maux de tête et conserve encore des hallucinations et des cauchemars. Elle ne présente aucun trouble viscéral. Les réflexes sont exagérés, mais elle n'a pas de troubles de la sensibilité ni aucun stigmate d'hystérie. Jamais il n'y a eu, et il n'y a pas en ce moment, de sensations douloureuses, de prurit ou de troubles de la sensibilité, même au niveau des plaques.

Les lésions qui ont débuté en 1890 par la joue gauche et se sont successivement développées sur le bras ont les caractères suivants :

Sur la joue gauche, au niveau de la région malaire, plaque ovale irrégulière, de 0,04 centim. sur 0,03 centim. environ, constituée par un centre érythémateux jambonné, parsemé de taches d'un rouge cerise intense et une bande périphérique de 0,01 cent. de largeur, de couleur chamois, jaune rosé, tranchant par la coloration sur le reste de la plaque et sur la peau saine.

Sur le centre on voit quelques points blanchâtres, qui, d'après la malade, seraient dus à des cicatrices de pointes de feu. La plaque n'est pas squameuse et dans son ensemble fait une saillie étalée, dont le milieu donne au toucher la sensation d'une induration intradermique irrégulière épaisse de 3 à 4 millim. et mobile sur les parties sous-jacentes ; les bords se confondent par une pente douce avec les tissus voisins. Cette plaque a été scarifiée pendant 18 mois.

Les autres éléments éruptifs sont à l'épaule et au bras gauche.

La seconde plaque est sous-acromiale, elle est moins saillante que celle de la face, ses dimensions sont de 0,04 centim. sur 0,01 centim. et demi. Elle est brunâtre, couleur chamois, non indurée, et de toutes les lésions c'est (avec une plaque de même aspect et de mêmes dimensions située au niveau de la face interne du poignet) celles qui font le plus songer immédiatement à des plaques de lèpre.

Sur la face externe du bras gauche, au-dessus de l'articulation du coude, plaque ovale, de 0,08 centim. sur 0,05, donnant dans son ensemble par sa coloration rouge vineux, sa saillie, ses points cicatriciels, l'aspect d'un lupus tuberculeux en voie de traitement. Au palper on a la sensation de nodosités dures du volume d'un pois dans une gangue moins dure.

De toutes ces lésions la plus curieuse est celle qui siège sur le bras à sa partie inférieure, au voisinage de l'épitrôchlée. Elle forme un cercle irrégulier de 5 centimètres de diamètre environ. Comme celle de la face elle a un centre érythémateux, de coloration rouge-jambon entremêlé de

points plus rouges et de cicatrices blanchâtres, et des bords couleur chamois.

Mais ici l'élément est très saillant, formant, au centre, des bourrelets donnant l'aspect et la sensation de chéloïdes et se reliant à la peau par des bords plus abrupts que pour les autres placards. La moindre piqure faite avec une épingle donne un saignement abondant, d'un sang noir. L'épingle pénètre ce tissu avec une très grande facilité en certains points, ce qui paraît contradictoire avec l'apparence chéloïdienne. C'est cette plaque que nous avons choisie pour y pratiquer une biopsie et on est frappé pendant l'opération que le bord, sur lequel a porté l'incision, renferme des tissus très durs qui opposent une résistance toute spéciale aux instruments tranchants.

Il nous reste à signaler quelques éléments de moindre importance : deux ou trois flots pigmentés ou érythémato-pigmentés autour des taches précédentes ; une tache pigmentée, non indurée, de 0,03 centim. sur 0,015 millim. sous l'épicondyle ; enfin la tache, déjà signalée, qui siège près de l'apophyse styloïde du cubitus.

Tous ces éléments sont donc sur la moitié gauche du corps. Il n'en existe qu'un seul à droite : c'est auprès de l'acromion droit une tache pigmentée sans aucun épaissement ni saillie, en forme de sablier et mesurant 1 centim. sur 0,03 centim. Elle serait la plus récente et ne daterait que de quelques mois.

La malade affirme que c'est sous cette forme de simple tache pigmentaire, sans aucune saillie ni modification de consistance, que les éléments apparaissent ; elle les découvre par hasard, car ils ne donnent lieu à aucune sensation anormale. Puis, au bout de plusieurs mois ou années, les taches se congestionnent, s'indurent, deviennent saillantes et prennent l'aspect que nous avons décrit. Sur toutes les plaques les poils follets sont conservés.

En somme donc, et pour nous résumer, disons qu'il existe une dizaine de lésions, ayant en moyenne l'étendue d'une pièce de 5 francs, plus ou moins nettement limitées, sans aucune induration au début, puis scléreuses, lardacées ou presque chéloïdiennes, de couleur variant de la teinte café au lait, au rose et au rouge cerise ; ces lésions datent de 7 ans.

L'état général de cette jeune femme n'est pas atteint. Elle ne se plaint que d'un peu de faiblesse, d'épuisement peut-être un peu facile et de troubles du sommeil. Mais les fonctions digestive, respiratoire, circulatoire, urinaire, etc., s'accomplissent normalement. On ne trouve chez elle aucun symptôme et aucun stigmate qui puisse être rapporté de la tuberculose ou à une syphilis héréditaire ou acquise.

Ainsi que nous l'avons dit, l'aspect clinique des lésions conduisait en première ligne à songer à des macules de *lèpre* ; il est vrai que la sensibilité des lésions était absolument normale et qu'ainsi faisait défaut un caractère essentiel de ce genre de lésions : l'anesthésie.

Contre l'hypothèse de *lupus*, de *sypilide*, de *mycosis* ou de *tumeur* plaidait la variété de couleur et de consistance des divers éléments, ainsi que l'histoire de leur évolution. Cependant le diagnostic de tuberculose cutanée avait été admis par les confrères qui avaient traité

avant nous notre jeune malade par des ignipunctures et des scarifications répétées deux fois par semaine pendant quinze mois. On lui avait aussi administré du mercure et de l'iodure de potassium, le tout sans le moindre succès.

En fait, la nécessité d'un examen histologique s'imposait. Après anesthésie par le chlorure d'éthyle nous excisons donc sur le bord d'une plaque à la partie moyenne du bras, en un point où n'existe aucune trace d'interventions thérapeutiques, un petit lambeau comprenant un peu de peau saine.

EXAMEN HISTOLOGIQUE (par J. DARIER)

Durcissement à l'alcool. Coupes les unes directes et à main levée, les autres après inclusion à la paraffine. Elles portent perpendiculairement sur le bord de la plaque morbide et comprennent ainsi à la fois le tissu pathologique et une portion de peau saine. Grâce à cette circonstance la comparaison est très facile, et dans ce qui suit, c'est par rapport à l'état normal constaté sur la même coupe que je décrirai les lésions.

A l'examen des coupes coloriées on constate d'emblée que les lésions ne consistent pas en une infiltration de cellules, qu'on n'est pas en présence d'un granulome ou d'une tumeur, mais bien d'une hyperplasie du tissu conjonctif du derme.

En suivant les coupes de la partie saine à la partie malade on voit assez brusquement la couche fibreuse du derme s'épaissir ; elle s'accroît encore du fait d'épaisses travées fibreuses qui se sont formées dans l'hypoderme. En effet, sous le chorion, au lieu d'une couche grasseuse presque continue, on ne trouve qu'un tissu conjonctif dense présentant quelques lacunes arrondies qui contiennent d'ordinaire un glomérule sudoripare par en haut, et une trentaine de cellules adipeuses au-dessous ; ce sont les lobules adipeux superficiels isolés par la fibrose.

Du côté de la surface on voit l'épiderme normal comme hauteur et comme structure ; seule la couche cornée est un peu épaissie.

Les papilles sont conservées ; pourtant la surface est un peu plus régulière, comme tendue, et quelques papilles sont étalées.

Les quelques follicules pileux et les glandes sébacées qu'ont rencontrés les coupes sont normaux et ne sont pas entourés de cellules inflammatoires. Mais les muscles lisses annexés aux follicules m'ont paru remarquablement volumineux ainsi que je l'avais noté déjà dans des cas analogues (Voir thèse de Bouttier, p. 180) ; dans le cas actuel leur hypertrophie n'est guère contestable.

Les glandes sudoripares ont leur canal excréteur non modifié dans sa structure, son calibre et sa direction. Quant aux glomérules, situés pour la plupart comme il vient d'être dit, leurs anses sont en majo-

rité normales ; quelques-unes sont très fortement dilatées, comme cela est normal dans l'aisselle.

Dans ces conditions l'attention devait surtout se porter sur le tissu du chorion. Sa trame élastique, loin d'être plus serrée ou composée de travées plus épaisses, est au contraire à mailles plus larges que dans la partie normale. En somme, le réseau élastique reste passif, apparaît distendu, mais n'est ni hypertrophié, ni dégénéré.

Les cellules conjonctives ne sont pas augmentées de volume et ne parsèment pas le derme en plus grand nombre que normalement ; cependant, autour de deux ou trois vaisseaux de petit calibre du corps papillaire, il y a une accumulation de cellules qui présentent les caractères de petites cellules conjonctives, ou de petites plasmazellen. Les mastzellen sont rares. Il y a un petit nombre de cellules pigmentaires dans les papilles ; dans l'épiderme le pigment ne m'a pas paru augmenté.

Les espaces lymphatiques et interfasciculaires du derme sont peu développés ; il en résulte un aspect plutôt dense du tissu dermique.

Les vaisseaux sanguins semblent peu abondants ; je n'en ai pas trouvé qui aient un calibre un peu important. Contrairement à mon attente je ne les ai pas vus atteints d'endo-périartérite ; je crois pouvoir avancer qu'ils sont rétrécis par compression de voisinage. Je n'ai pas trouvé de lésions des petits nerfs qui existent dans les coupes.

Il me reste à parler du *tissu conjonctif* proprement dit, du derme et de l'hypoderme ; j'y ai constaté une lésion que je n'avais rencontrée dans aucun cas analogue et qui n'a jamais été signalée, à ma connaissance du moins. De ce qui précède il ressort déjà que ce tissu est hypertrophié ou hyperplasié. Les réactifs colorants que j'ai employés m'ont montré que dans la plaque morbide les faisceaux conjonctifs se présentent sous deux aspects différents. Les uns ont exactement la même apparence et les mêmes réactions de coloration que dans le derme de la peau saine ; ce sont des faisceaux conjonctifs adultes normaux. Les autres sont moins volumineux, moins denses, ne semblent pas formés de fibrilles parallèles, mais apparaissent à la fois granuleux et plus réfringents que les autres ; ils ont une certaine analogie avec des faisceaux œdématisés ou avec les faisceaux qui se forment dans un tissu muqueux ; ce sont des faisceaux conjonctifs soit jeunes, soit plutôt pathologiques. Ces derniers augmentent de nombre à mesure qu'on s'éloigne de la peau saine et finissent par devenir plus nombreux que les faisceaux normaux ; il s'entremêlent intimement avec les autres en un feutrage serré ; on les trouve en majorité dans le corps papillaire de la plaque et dans l'hypoderme.

J'ai dit que ces faisceaux pathologiques ont des réactions particulières qui les font distinguer facilement des faisceaux normaux : Par le picro-carminate ils se colorent en jaune et non en rose ; — par l'addition de glycérine formiquée à 1 p. 100 ils restent jaunes et deviennent

plus granuleux, au lieu de devenir rose pâle et homogènes ; — par le bleu de méthylène polychromique ils restent bleus après la décoloration, au lieu de devenir incolores ; — si l'on fait ensuite agir l'orcéine neutre, ils restent encore bleu pâle, tandis que les faisceaux normaux sont violacés ; — en colorant par la fuchsine acide et différenciant par l'acide picrique on obtient des préparations tout à fait démonstratives où tous les faisceaux conjonctifs normaux sont d'un rouge vif et tous les faisceaux pathologiques d'un jaune clair.

Toutes ces réactions conduisent à admettre qu'il s'agit en l'espèce d'une modification chimique des faisceaux néoformés ou dégénérés, modification qui les rapproche des substances colloïdes ou mucoïdes.

En résumé, on constate dans la plaque érythémato-tuberculeuse indurée que j'ai examinée, l'intégrité de l'épiderme, des annexes, du réseau vasculaire, du réseau élastique et des cellules ; il n'y a pas de tumeur à proprement parler, pas de granulome ; la lésion consiste en une *hyperplasie conjonctive* évidente du derme et de l'hypoderme hyperplasie formée de *fibres conjonctives anormales*.

Cette hyperplasie conjonctive interstitielle doit faire ranger cette lésion dans les *dermato-scléroses* ; nosologiquement on peut la rapprocher des *sclérodermies en plaques*, de la variété en plaques élevées, hypertrophiques, que l'on a désignées parfois sous les noms de *lardacées* ou *pseudo-chéloïdiennes*. Elle s'en sépare par plusieurs de ces caractères cliniques et surtout par sa structure histologique toute spéciale.

TRAITEMENT

Convaincus que de tous les traitements applicables aux dermato-scléroses localisées, c'est l'*électrolyse* qui est le plus efficace, nous commençons aussitôt à le mettre en œuvre comme suit :

On choisit la plaque la plus typique, celle qui siège au-dessus de l'épitrôchlée, qui mesure 8 centimètres sur 5, qui est de coloration brun rosé, indurée dans l'épaisseur de 1 centimètre environ, noueuse, saillante et bien limitée. C'est exclusivement cette lésion qui a été traitée jusqu'ici.

Le 29 mars on fait avec un aiguille fine en platine (qui pénètre très difficilement et se courbe à plusieurs reprises) trois piqûres au milieu de la plaque à 1 centim. les unes des autres et on y fait passer pendant une et demi à deux minutes un courant de 4 à 5 milliampères, pôle négatif. La douleur est assez vive.

Le 5 avril, huit jours après, on constate déjà un effet évident : toute la partie de la plaque située en amont des piqûres est assouplie manifestement ; en aval aucun changement. Nouvelle séance de trois piqûres à l'extrémité inférieure de la plaque.

Le 12 avril, 3^{me} séance, identique.

Actuellement, le 26 avril, les modifications sont tout à fait remar-

quables. La moitié supérieure de la plaque est assouplie au point qu'on n'y constate plus qu'une induration nulle ou presque nulle ; on ne peut plus reconnaître par le palper les bords qui étaient très nets ; la saillie a entièrement disparu : il ne reste qu'une teinte pigmentée, chamois, qui elle-même nous semble avoir pâli, ce que la malade affirme. La moitié inférieure de la plaque est aussi un peu assouplie, mais à un degré moindre ; son bord est perceptible et la saillie au-dessus de la peau saine est très nette.

Ce résultat, obtenu en moins d'un mois et avec neuf piqûres seulement, est des plus encourageants. Le traitement sera continué, étendu à d'autres éléments et nous en ferons connaître le résultat.

M. Brocq. — La malade que présente M. le Dr Darier nous semble être des plus intéressantes et nous demandons à la Société la permission de faire deux remarques à son égard : 1° La première c'est que du moment qu'il s'agit, comme l'histologie l'a démontré, d'une sclérodermie en plaques, il faut désormais décrire dans les sclérodermies en plaques une nouvelle variété, car on ne retrouve dans ce cas presque aucun des symptômes pathognomoniques des dermatoscléroses en plaques ou en bandes actuellement connues. Il n'y a ni le lilac ring, ni la teinte caractéristique, ni les diverses zones concentriques. Et cependant, quand on est prévenu du diagnostic histologique, mais alors seulement, car autrement il est impossible, nous le déclarons hautement, de songer d'emblée à la sclérodermie, on retrouve sur les plaques que présente la malade quelques symptômes qui viennent confirmer le diagnostic, d'abord la consistance lardacée des dermato-scléroses circonscrites, puis leur vascularisation centrale avec tendance à la régression.

2° La deuxième réflexion que je ferai au sujet de cette malade a trait à la médication. Depuis l'époque où j'ai présenté à cette Société le malade atteint de sclérodermie en bande du bras droit que m'avait adressé mon excellent et honoré maître M. le Dr Besnier, et chez lequel j'ai pu arrêter en deux séances d'électrolyse la marche jusqu'alors extensive du mal, j'ai traité par l'électrolyse plusieurs autres sujets atteints de la même affection, et j'ai toujours vu cette méthode quand elle est bien appliquée (et il ne faut pas dépasser avec l'aiguille les limites du mal) agir avec efficacité dans les sclérodermies en bandes ou en plaques sans tendance à la généralisation. Certes nous avons échoué dans un cas, chez un jeune enfant atteint de sclérodermie en bande du membre inférieur, chez lequel, sous des influences probablement fort diverses, peut-être infectieuses, il s'est produit une sorte de généralisation du processus morbide, mais, même chez ce malade, tant que nous avons employé l'électrolyse sur la bande sclérosée de la jambe nous en avons enrayé le développement ; l'affection a pris au contraire une extension rapide dès qu'on a eu cessé l'électrolyse pour employer les autres méthodes électriques. Nous nous croyons donc autorisés à déclarer que l'électrolyse nous paraît être réellement efficace dans les sclérodermies circonscrites.

Nævi systématisés métamériques.

Par MM. H. HALLOPEAU et E. WEIL.

Le malade que nous avons l'honneur de présenter à la Société a déjà fait l'objet d'une observation bien intéressante de M. Gastou, en juin 1894.

Si nous croyons devoir en parler de nouveau, c'est pour mettre plus particulièrement en relief la signification des localisations næviques.

L..., âgé de 28 ans, commis marchand de vin, est atteint de nævi vasculaires zoniformes avec troubles trophiques consécutifs.

Ces taches, couleur lie de vin, ne font point saillie au toucher. Elles disparaissent momentanément par la pression, et affectent des formes et des dimensions irrégulières. Quand la lésion est très accusée, on ne perçoit qu'une coloration violet sombre de la peau; ailleurs, on distingue un piqueté vasculaire sous-cutané.

Le point sur lequel nous voulons insister est la distribution topographique de ces lésions.

Membre supérieur droit. — Il est indemne dans sa totalité.

Membre supérieur gauche. — Il présente des lésions nettes surtout à son extrémité. Les doigts sont surtout le siège des lésions, tant sur la face palmaire que du côté du dos de la main. Elles n'affectent pas là une disposition particulière, n'occupant pas spécialement une face des doigts, — ni un territoire nerveux, — ni les plis articulaires.

A la main, les taches n'occupent guère que la moitié interne, siégeant sur l'éminence hypothénar, et au-dessus du dos des derniers métacarpiens.

A peine doit-on mentionner une tache sur le dos de la phalange du pouce.

Sur le membre même, toute la moitié externe n'offre aucune malformation vasculaire, tandis que nous trouvons dans toute sa moitié interne des téléangiectasies : elles commencent sur la paroi externe de l'aisselle, se continuent avec des taches discrètes au bras, au coude et à l'avant-bras. Il faut remarquer que les taches de la face externe du bras sont reliées à un placard occupant la paroi interne de l'aisselle, et qui ne descend pas au delà de la 3^e côte.

Tronc. — Nous y voyons quelques placards dégénérés : l'un discret, estompé au-dessous de l'omoplate droite, — un autre plus vague encore au dedans de l'épine de l'omoplate gauche.

A la partie inférieure du thorax, nous trouvons un véritable hémizona de téléangiectasie, celle-ci formant une bande extrêmement nette et colorée s'étendant de l'ombilic jusqu'à l'angle externe des côtes.

Sa coloration, très foncée au niveau de la ligne médiane, s'éclaircit sur le côté du tronc; sa direction, à peu près parallèle à celle des côtes latéralement, devient horizontale vers la ligne médiane; sa largeur est de trois à quatre travers de doigt.

En arrière, cette bande nettement zostériforme se continue avec de vagues télangiectasies qui se perdent vers la ligne des apophyses épineuses.

C'est aux membres inférieurs que la malformation vasculaire est le plus marquée, et en particulier du côté droit.

Membre inférieur droit. — Les télangiectasies occupent surtout la face interne de la cuisse, empiétant sur les faces antérieures et postérieures. Elles atteignent une grande intensité sur toute la périphérie de l'articulation du genou.

Toute la jambe droite, le cou-de-pied, le pied nous montrent de grands placards angiomeux. C'est à ce niveau que nous trouvons divers troubles trophiques. Ils ont déjà été signalés par M. Gastou, nous ne ferons que les mentionner.

Membre inférieur gauche. — Peu de taches à la cuisse.

Lésions mieux accusées à la périphérie du genou, quelques varicosités à la partie antérieure de la jambe, plus à la face postérieure.

Les lésions siègent surtout à l'extrémité du membre ; à la plante du pied, les taches sont presque symétriques pour les deux membres, et atteignent surtout les orteils.

Périnée. — Le scrotum, le périnée du côté droit sont le siège de télangiectasies, clairsemées, qui s'arrêtent strictement au niveau du raphé.

Sur la verge, quoique prédominant à droite, elles dépassent la ligne médiane de plus d'un centimètre. Des taches vasculaires très nettes se trouvent cachées dans les poils qui couvrent la moitié droite du pénis.

Tête. — A la face, on trouve quelques traînées angiomeuses à la commissure labiale droite, autour de l'orbite droite.

Dans la cavité buccale, des télangiectasies à la voûte, au voile du palais ainsi que sur les deux amygdales, aux piliers. Ces lésions sont bilatérales mais peu intenses à gauche, plus marquées à droite.

Les troubles trophiques ont été bien étudiés par M. Gastou : ils n'existent qu'aux membres inférieurs.

Atrophie considérable du volume total du membre inférieur droit ; le membre gauche est moins touché.

Les sensibilités sont intactes dans leurs diverses modalités.

Les poils, normaux dans leur coloration et leur croissance, ont disparu seulement au niveau des cicatrices.

Les ongles n'offrent rien de particulier, sauf ceux des 3^e et 5^e orteils du pied gauche qui, soumis à des pressions considérables, se sont épaissis et déformés.

Pas de modifications dans les réactions musculaires et nerveuses à l'électricité.

Pas de troubles de la sécrétion sudorale.

Réflexes patellaires un peu exagérés.

Le malade présente de nombreuses cicatrices, suite d'ulcérations guéries au niveau du pied et de la jambe droite. Au niveau du cou-de-pied, persiste atone l'ulcération décrite par M. Gastou, qui s'est fermée puis rouverte depuis 18 ans.

Des ulcérations survenues jadis aux orteils ont donné lieu aux curieuses syndactylies que nous voyons aux deux pieds : les 3^e et 4^e orteils sont

soudés depuis l'âge de 14 ans ; — à droite, les 3 premiers orteils se sont fusionnés. En outre, l'épiderme de la phalange du 3^e orteil du pied gauche s'est soudé à la peau du talon antérieur ; ce qui a produit un orteil en marteau d'un nouveau genre, ainsi que la déformation de l'ongle que nous signalions.

Le seul point que nous voulions noter plus spécialement est le suivant :

Le malade présente sur les bras un léger degré d'hyperkératose pilaire. Mais aux pieds, au niveau des points de pression, talon postérieur et talon antérieur où l'on trouve le nævus vasculaire, existent à un degré très marqué des lésions d'hyperkératose, lésions dont le malade connaît l'existence depuis le temps le plus reculé. Il semble que l'on soit en présence d'un *nævus kératosique s'alliant à un nævus vasculaire*. En effet, l'hyperkératose existe non pas tant aux points où la pression s'exerce qu'à ceux où l'on constate la présence de télangiectasies.

Nous ne voulons pas insister sur l'intérêt qu'offrent les lésions de ce malade au point de vue des troubles trophiques venant compliquer des nævi, ni sur la grande étendue de la malformation, ni même sur la coexistence de nævi kératosiques et de nævi vasculaires.

Nous désirons seulement étudier en détail les localisations de ces nævi ; leur systématisation n'est que partielle.

C'est ainsi qu'aux jambes, nous trouvons des télangiectasies disséminées sans aucun ordre ; de même, on voit des placards isolés au niveau des omoplates, au pourtour de l'orbite, dans la cavité buccale et le pharynx.

Nous devons, par contre, signaler la prédominance considérable des lésions dans la moitié intérieure de la cuisse droite ainsi que l'existence de télangiectasies à la fesse, au périnée, au scrotum, au pénil, à la verge du côté droit, encore qu'en ce dernier organe, les lésions dépassent la ligne médiane. Cette localisation constitue une véritable systématisation zoniforme.

L'un de nous (1) s'est occupé déjà à plusieurs reprises de cette intéressante question, sans arriver à une conclusion ferme ; il a montré que ces localisations peuvent être très dissemblables puisque les unes se font suivant les lignes de Voit, d'autres suivant des distributions nerveuses, d'autres suivant un mode indéterminé ; si certains faits pouvaient s'expliquer par un trouble de développement suivant la théorie formulée par Kaposi, il y avait encore bien des desiderata. Depuis lors, l'étude des localisations suivant les métamères est venue jeter un jour tout nouveau sur une partie de ces cas ; formulée d'abord par Pecirka (2) en 1893, elle a été partiellement adoptée par Jadas-

(1) H. HALLOPEAU. Nævi kérato-pilaires distribués suivant les trajets nerveux. *Bull. de la Société clinique*, 1890. — Les nævi. *Progrès médical*, 1891. — HALLOPEAU et JEANSELME. Sur un nævus lichénoïde correspondant aux lignes de Voit. *Bull. de la Soc. de dermatologie*, 1894.

(2) PECIRKA. *Sur les papillomes de la peau*. Prague, 1893.

sohn (1) et par Brissaud ; nous allons voir qu'elle est applicable à une partie des nævi que l'on observe chez notre sujet.

Le fait est hors de doute pour le nævus du tronc qui dessine une véritable demi-ceinture gauche et pour celui du bras gauche qui, laissant intacte la moitié externe du membre, touche sa moitié interne dans sa totalité, et dont les éléments se prolongent sur la paroi interne de l'aisselle comme dans certains zonas bifurqués de la racine du membre.

Nous avons sous les yeux un cas de nævi vasculaires systématisés.

Mais suivant quel système ?

Ces nævi suivent-ils un trajet nerveux ? On pourrait le croire pour le zona du tronc, encore que les derniers intercostaux soient à ce niveau beaucoup plus obliques que les côtes dans leur direction. Mais pour le nævus du bras, qui siège sur les territoires des perforants des premiers nerfs intercostaux, de l'accessoire, et du brachial cutané interne, du cubital même enfin, on ne saurait le dire. On peut encore moins prétendre que ces nævi se trouvent sur des lignes situées aux confins des territoires nerveux, aux points d'anastomose de deux branches distinctes, localisation que Philippson croyait fréquente et sur laquelle il tablait pour admettre que les nævi suivent les lignes de Voit.

Notre nævus abdominal a une localisation analogue à celle des zonas, sur lesquels M. Brissaud vient d'attirer l'attention. Il occupe un territoire métamérique.

On sait que l'homme, dans son développement ontogénique, reproduit à un moment donné certains stades que nous observons dans la série phylogénique. Mais alors que les segments, ces « zoonites » qui composent le corps des annélides, des sangsues par exemple, restent d'une valeur égale, non différenciés, « homodynames », chez les êtres supérieurs, l'ordonnance primitive disparaît, et c'est à peine si nous retrouvons, au niveau du tronc de l'homme, la possibilité de reconnaître l'état segmentaire primitif (2).

Toutefois, si à l'état physiologique, il semble que nous ayons perdu tout souvenir de nos états évolutifs, les modalités pathologiques se chargent de nous les rappeler.

C'est ce qu'a bien montré M. Brissaud (3), qui, à la suite de Charcot, s'efforce d'éclaircir la pathologie nerveuse en y introduisant des données anatomiques qu'il emprunte, non seulement à l'adulte, mais à l'embryon.

Nous n'insisterons pas sur la constitution du métamère ; il se compose essentiellement d'une paire de protovertèbres, d'où proviennent la musculature primitive et divers éléments mésodermiques, et d'une

(1) JADASSOHN. Zur Kenntnis systematischen Nævi. *Arch. f. dermat.*, 1895.

(2) HERTWIG. *Traité d'Embryologie*. Paris, 1891.

(3) BRISSAUD. Zona et métamères. *Bull. méd.*, 1896, janvier, n^o. 3, 8, etc.

double paire de racines nerveuses reliées bientôt à un segment médullaire, le « neurotome ». Il faut toutefois faire remarquer que, dans ses exemples de zonas, M. Brissaud invoque une localisation spinale des lésions pour expliquer la disposition métamérique de l'éruption. C'est ce que fait également M. Achard (1) dans une communication à la Société des hôpitaux où il constatait dans une large bande thoracique horizontale un véritable zona de l'anesthésie spéciale à la syringomyélie.

Voici donc des cas différents où l'existence pathologique du métamère est bien mise en lumière. Mais dans notre fait, nous constatons la localisation métamérique, non plus d'une éruption, non plus de troubles sensitifs, connexes de lésions nerveuses, mais d'une véritable malformation embryologique. N'est-il pas légitime d'ailleurs de chercher l'explication d'une malformation quelconque congénitale dans un trouble de développement embryologique. Il peut nous sembler étrange de voir un nævus siéger sur le trajet d'un nerf, aux confins de territoires de deux branches nerveuses qui s'anastomosent, il ne l'est pas de voir une malformation localisée à un territoire, spécialisé chez l'embryon.

Si maintenant nous considérons nos nævi périnéo-scrotal ou brachial, ils nous sembleront au premier abord plus difficiles à expliquer par cette même théorie.

Il nous faut avouer immédiatement notre ignorance à peu près complète des territoires métamériques dans les extrémités du corps, tête, bras et jambes.

Toutefois, après les travaux des chirurgiens anglais, Head, Thorburn, Sherrington, travaux vulgarisés en France par M. Marinisco (2), repris par M. G. Ballet (3), nous avons, sur l'innervation des racines rachidiennes postérieures, des connaissances toutes nouvelles. Nous pouvons dire que notre nævus brachial siège sur les territoires des septième et huitième racines cervicales, de la première dorsale, et que la deuxième dorsale est touchée, expliquant notre placard de la paroi interne de l'aisselle. On voit donc que c'est un segment distinct et continu de la moelle qui est atteint.

Il en est probablement de même pour le nævus périnéo-scrotal qui rappelle de très près certains zonas.

Inutile de dire qu'en montrant la localisation métamérique de certaines malformations vasculaires, nous ne voulons point en induire que cette malformation soit sous la dépendance de la moelle, fonction d'une lésion spinale. Bien que cette hypothèse n'ait rien d'absurde en soi et qu'il puisse se faire que la moelle ait été intéressée dans le cours de son développement, il faut se rappeler que les différents sys-

(1) ACHARD. Soc. méd. hôp., 16 avril 1896.

(2) J. MARINISCO. Lettres d'Angleterre. *Sem. méd.*, 1896, n° 33.

(3) G. BALLET. Paralysies radiculaires du plexus trachial. *Bull. méd.*, 1896, n° 76, 78.

tèmes de l'organisme se développent indépendamment les uns des autres, que le feuillet moyen, origine du système vasculaire, se développe indépendamment du système nerveux, et que les myomères ne sont que secondairement rattachés au neurotome.

Nous voulons signaler encore un dernier point : la localisation de ces nævi aux extrémités digitales, à la main, aux pieds, sur toute la périphérie des articulations en général, du genou dans le cas présent. Sans pouvoir dire quelle en est la valeur, ni la signification, il reste certain que ce sont là des sièges fréquents de nævi, et il est bien probable que ce sont aussi des données embryologiques qui en fourniront l'explication.

N'est-ce pas déjà par elles que Virchow justifiait la fréquence des angiômes à la face et au crâne en invoquant la vraisemblance d'un trouble survenu dans l'évolution des arcs branchiaux (1).

Chancre syphilitique de la gencive supérieure à sa face interne

Par M. A. BÉCLÈRE.

Le malade que j'ai l'honneur de vous présenter est atteint d'une syphilis récente, au début de la période secondaire, remarquable par le siège très insolite de l'accident initial. Il est porteur d'un chancre de la gencive supérieure, à sa face interne, au niveau du collet des incisives médianes. Cette localisation est assez exceptionnelle pour ne s'être pas encore offerte à l'observation du professeur Fournier, si j'en juge par un passage du beau livre où ce maître vient tout récemment d'étudier les chancres extra-génitaux : « Le chancre gingival a été signalé sur la gencive supérieure et la gencive inférieure, mais toujours à leur face *externe* (jamais, du moins, ne l'ai-je encore observé sur leur face interne). »

Voici en quelques mots l'histoire de ce malade :

C'est un homme de 30 ans, marié depuis sept ans, père de trois enfants bien portants, entré le 20 avril dernier dans mon service à l'hôpital Tenon, parce que depuis dix jours environ il souffrait de maux de tête et s'était vu le corps tout couvert de taches. A son entrée, je lui trouve une éruption généralisée d'un rose foncé, disparaissant incomplètement sous le doigt ; cette éruption offre tous les caractères de la roséole syphilitique à son déclin. Disséminées au milieu de ces éléments érythémateux, une douzaine environ de papules lenticulaires, de couleur jambonnée, entourées d'une collerette épidermique, ne laissent aucun doute sur la nature

(1) Nous n'avons pas noté chez notre malade de localisation suivant la direction des poils comme l'ont observé récemment Blaschko et Jadassohn.

de la maladie. Cependant les organes génitaux sont intacts et le malade est certain qu'ils n'ont été le siège d'aucune lésion ; il affirme d'ailleurs n'avoir jamais été infidèle à sa femme. A la recherche du chancre, je trouve dans la région sous-maxillaire droite, à cheval sur le bord inférieur de la mâchoire, un ganglion gros comme une noisette, dur, mobile et indolent qui m'amène en faisant ouvrir la bouche du malade à découvrir en arrière des incisives médianes supérieures, encadrant leur collet, une ulcération un peu plus large qu'une pièce de cinquante centimes. Cette lésion est bien loin de présenter les caractères extérieurs que revêt d'ordinaire l'accident initial de la syphilis.

Non seulement il est impossible d'apprécier aucune induration à sa base qui se continue avec le tissu osseux de la mâchoire supérieure, mais c'est une ulcération « à contours indécis, frangés, irréguliers, à fond inégal tourmenté, mamelonné, grenu, bourgeonnant, végétant par places, de teinte composite, multicolore et au total sans signification objective ».

Dans son livre, M. Fournier décrit deux formes au chancre gingival, l'une où il conserve si bien les attributs objectifs du chancre qu'il en constitue un type presque parfait, l'autre où, inversement, il perd à ce point la physionomie de chancre qu'il en devient à peu près méconnaissable. Le tableau du chancre gingival sous cette seconde forme s'applique si parfaitement à l'ulcération présentée par mon malade que, pour la décrire, j'ai reproduit à dessein les termes mêmes dont se sert M. Fournier, désespérant d'en trouver de plus exacts.

Il y a environ deux mois que le malade a commencé à s'apercevoir de cette ulcération dont il ignore la cause et à en souffrir en mangeant. C'est à peu près à la même époque qu'il a remarqué l'existence du ganglion sous-maxillaire signalé plus haut. Il a même été par trois fois consulter un médecin qui, après avoir cautérisé à l'aide de pointes de feu l'ulcération gingivale, lui a prescrit du sirop de Gibert, avant l'apparition des maux de tête et de la roséole.

La chronologie des accidents, l'intervalle de temps écoulé entre le début apparent de l'ulcération gingivale et les manifestations cutanées, par-dessus tout l'adénopathie sous-maxillaire se présentant avec les caractères usuels du bubon satellite, telles sont les raisons qui me font admettre chez ce malade l'existence d'un chancre de la gencive, aujourd'hui en voie de guérison sous l'influence du traitement (10 centigrammes de protoiodure) auquel il est soumis depuis son entrée à l'hôpital.

Éruption trophonévrotique des extrémités rappelant la dermatitis repens.

PAR M. FRÈCHE (de Bordeaux).

Le malade dont nous rapportons l'observation est un homme de 42 ans, d'aspect assez vigoureux, qui habite la campagne. On ne dénote chez lui aucun trouble de la santé générale. Durant l'expédition du Tonkin, qu'il a faite, il n'a eu qu'un seul jour de fièvre qui n'est jamais revenue depuis.

Il y a deux ou trois ans il a été assez longtemps occupé à tailler des haies le long d'une ligne de chemin de fer, ce qui le fatiguait beaucoup. Au bout de quelques mois de ce travail et même longtemps après l'avoir cessé, le malade ressentait au repos et surtout la nuit, des douleurs à la racine de la nuque, qui s'irradiaient tout le long du bras et s'accompagnaient de sensations de chaleur dans les mains. Ces douleurs non localisées aux articulations étaient assez vives pour empêcher le sommeil ; le malade les atténuait en tenant les mains élevées au-dessus de la tête. Au reste tout disparaissait quand il avait commencé à travailler et les douleurs ne revenaient qu'au repos. Lorsque les accidents actuels ont débuté, les douleurs avaient presque disparu depuis 4 ou 5 mois. Pas de syphilis. Presque en même temps que les lésions des ongles, le malade a présenté des lésions buccales caractérisées par des plaques arrondies, blanc jaunâtre, de la grandeur d'une lentille, formant à la surface de la langue un véritable enduit diphtéroïde qui recouvrait les papilles, sans aréole inflammatoire périphérique, sans infiltration sous-jacente. Ces lésions peu douloureuses gênaient cependant la déglutition ; elles ont apparu et disparu un grand nombre de fois depuis le début de la maladie.

Les lésions cutanées ont débuté il y a huit mois au niveau du pouce droit, par une tache brunâtre de l'ongle, sans traumatisme ni blessure apparente. La femme du malade prétend qu'il a reçu sous l'ongle une piqûre d'épine mais lui-même n'en a aucun souvenir. Quelques jours plus tard, le malade a vu apparaître un peu de rougeur et de gonflement tout autour de la sertissure de l'ongle, puis du pus qui a soulevé et décollé l'ongle ainsi que l'épiderme voisin. La lésion s'est ensuite propagée de proche en proche sur la face palmaire, envahissant toute l'éminence thénar. Les autres ongles sont spontanément devenus malades, à des intervalles assez rapprochés et dans l'ordre suivant : d'abord l'auriculaire, puis l'index, l'annulaire et enfin le médius.

Quelque temps après, des lésions analogues se sont montrées au pouce et à l'annulaire gauches, de par un processus semblable : l'ongle prend une coloration brunâtre enfumée et est frappé d'un arrêt complet de croissance ; on voit ensuite apparaître une auréole rouge dans la sertissure latérale de l'ongle, avec gonflement et suintement tout autour de l'ongle qui se déchausse, le pus soulève en même temps l'épiderme qui se décolle et la lésion est constituée.

Actuellement, toute la face palmaire de la main droite et des doigts est

dépouillée de son épiderme, formant une vaste plaque excoriée résultant de la fusion des divers flots issus de chaque doigt. Le derme apparaît rouge foncé, lisse, non papillomateux, parsemé de pustules miliaries, aplaties, remplies de pus jaune et épais et abondamment suintant et suppurant. Par places, on voit encore quelques lambeaux d'épiderme épais, adhérent. Sur tout son pourtour la lésion est limitée par un contour parfaitement tranché, formé par une bordure large de quelques millimètres d'épiderme décollé et macéré. Cette collerette est plus nette dans les régions où l'épiderme est épais et où la lésion est en voie de progression. Par son bord adhérent elle se continue avec l'épiderme sain des parties voisines qui ne présentent aucune altération, ni gonflement, ni rougeur. La lésion est donc parfaitement limitée et l'on ne voit au voisinage aucune trace d'inflammation, ni pustules ni vésicules disséminées.

A la face dorsale, les placards ne remontent qu'à 1 centimètre 1/2 au-dessus des replis sus-unguéaux. Ceux-ci sont saillants, tuméfiés, douloureux, de couleur rouge vif et forment un bourrelet de 4 millim. de haut sur 5 de large, qui emboîte le pourtour de la base du lit de l'ongle. Ce dernier est inégal, bosselé, rouge et suppurant, fortement surélevé, surtout au niveau de la matrice.

Tous les ongles de la main droite sont tombés, la flexion des doigts est presque impossible et détermine une douleur très vive.

A deux reprises différentes, il s'est produit un œdème lymphangitique qui a envahi toute la main et l'avant-bras droit.

Au pouce gauche, l'ongle est décollé et ne tient que par un point du repli latéral externe. Les lésions analogues à celles de l'autre main occupent les deux tiers de la face palmaire. La sensibilité est partout conservée; les parties malades sont douloureuses au toucher, en raison de la chute de l'épiderme.

Traitement. Pansements créolinés.

13 septembre 1896. *Main droite* : Les lésions sont peu modifiées; toutefois la collerette épidermique de décollement qui existait autrefois ne se voit plus partout et le suintement a beaucoup diminué. A la face dorsale de la main, la peau est flétrie en raison de la disparition du gonflement lymphangitique d'il y a quelques semaines.

Main gauche : La plaque primitive occupe toute la dernière phalange du pouce avec le lit de l'ongle dont il ne reste qu'un lambeau, toute la face palmaire avec l'éminence thénar. Sur la face palmaire du carpe, on voit un petit flot détaché à contour irrégulier et déchiqueté, limité presque partout par une bordure d'épiderme décollé par le pus. La surface excoriée est rouge, peu suintante, criblée de pustules plates.

Une deuxième plaque de 6 centimètres sur 2 et demi est transversalement située sur la paume de la main, à la racine des 3^e, 4^e et 5^e doigts. Une troisième plaque occupe toute la dernière phalange du 5^e doigt; elle est limitée à la deuxième articulation interphalangienne par une bordure d'épiderme décollé. L'ongle est tombé et toute la surface du lit est rouge, recouverte d'un épiderme très mince et pustuleux.

Au médius gauche, on remarque une teinte rose, mal accusée, qui entoure toute la sertissure de l'ongle, avec un très léger gonflement.

Sur le bord radial de l'ongle existe un peu de suintement qui se concrète en croûtes jaunes, comme au début d'une tourniole.

Cet accident s'est déjà reproduit à deux reprises sur cet ongle depuis un mois et a ensuite rétrocedé. L'index est tout à fait sain ; l'annulaire et le médius paraissent sains, mais le malade remarque que les ongles de ces doigts ne poussent pas depuis quelques semaines et l'on y voit une teinte brunâtre enfumée, assez peu accusée, mais générale. Traitement : lotions antiseptiques, pilules de sulfate de quinine et d'opium.

Le 27, c'est-à-dire un mois après la première visite du malade, on note les détails suivants :

Main droite : La main est à peu près dans le même état, il y a cependant moins de pustules. On ne voit plus en aucun point de bordure d'épiderme décollé. Dans la paume il existe quelques plaques blanchâtres d'épiderme corné de nouvelle formation, mais peu solide encore.

Main gauche : La plaque située sur l'éminence thénar a grandi, arrivant à rejoindre l'îlot qui était indépendant il y a 15 jours. On retrouve encore sur une grande partie du contour une bordure d'épiderme décollé. Au médius, la tourniole entoure l'ongle sur les deux tiers de son contour. Toute la sertissure de l'ongle, sauf le bord cubital, est rouge, desquamée, limitée par une bordure d'épiderme décollé et soulevé par du pus, sans gonflement très notable. L'ongle est fortement déchaussé, surtout à l'endroit surtout où les lésions ont commencé, c'est-à-dire à la base et vers le bord radial. L'ongle de l'index continue à pousser, tandis que celui de l'annulaire n'a pas été coupé depuis un mois. Malgré les pansements créolinés, on perçoit actuellement une odeur butyrique très fétide.

Les deux petits orteils sont malades depuis trois semaines ; les ongles sont tombés et la surface du lit de l'ongle ainsi que toute la partie avoisinante sur une étendue de 2 centimètres est rouge, suintante, bordée d'une collerette d'épiderme desquamé. Il n'y a aucune douleur.

Actuellement, 5 mai 1897, la maladie est toujours en voie d'évolution ; les lésions n'ont rétrocedé sur aucun point. Les divers placards ont conflué pour former un placard unique qui recouvre toute la surface des mains et des doigts. Ceux-ci sont raides et légèrement fléchis ; amincis à leur base, ils sont renflés et globuleux à leur extrémité. On ne voit plus trace des ongles et des lits. L'état général du malade est bon.

L'observation que nous venons de rapporter présente un grand intérêt, car la durée de l'affection, sa marche et sa résistance aux divers traitements antiseptiques permettent d'écarter toute idée d'une suppuration banale.

Nous avons recherché la littérature des faits se rapprochant du nôtre. Mais nous n'en avons rencontré qu'un très petit nombre.

A la séance du 22 avril 1892 de la Société de dermatologie, Hallopeau a présenté, sous le titre de polydactylites suppuratives récidivantes, l'histoire d'un malade âgé de 48 ans dont l'affection remontait à 12 ans.

« Le point de départ des inflammations digitales paraît avoir été

un traumatisme, un fort coup de marteau appliqué sur la région du pouce de la main gauche : il s'en est suivi une suppuration qui s'est bientôt étendue à la face palmaire de ce doigt. Pendant deux années environ, il s'est produit dans cette région une série d'éruptions pustuleuses, puis ultérieurement des lésions analogues se sont développées sur la face palmaire des autres doigts et de la main. Depuis lors les poussées pustuleuses se sont succédé sans interruption dans ces mêmes parties, bien que le malade ne se livrât à aucun travail manuel; les ongles se sont déformés et altérés.

Le malade paraît d'une constitution vigoureuse; il est atteint d'une syphilis qu'il a contractée il y a deux mois et qui se traduit au moment de son entrée par une éruption généralisée de papules caractéristiques.

« Cette manifestation disparaît rapidement sous l'influence du traitement spécifique, tandis que les lésions anciennes de dermatite pustuleuse persistaient sans être modifiées autrement que d'une manière passagère par la médication locale qui leur a été opposée.

Ces lésions sont jusqu'à ce jour restées limitées aux doigts et aux faces palmaires des deux mains; il continue à se produire presque incessamment dans ces régions des suppurations qui tranchent par leur coloration d'un blanc jaunâtre sur la rougeur des parties voisines; les dimensions de leurs foyers varient de celles d'une tête d'épingle à plusieurs centimètres; leurs contours sont arrondis ou polycycliques... Les ongles ont souffert dans leur nutrition; leur surface a perdu son poli, elle est striée longitudinalement; leurs bords libres sont soulevés par des masses incomplètement kératinisées; on voit sur leurs parties latérales, soit des nappes purulentes, soit des croûtelles ou des squames, vestiges de foyers desséchés.

L'éruption a été longtemps et est encore parfois le siège de cuissons pénibles, mais non de prurit. »

Deux ans auparavant, le même auteur avait présenté, toujours à la Société de dermatologie, un autre malade atteint de lésions analogues, mais qui, d'abord cantonnées aux extrémités digitales des mains, s'étendirent ensuite aux orteils ainsi qu'à presque toute la surface du corps et à la muqueuse buccale.

On pourrait encore rapprocher de ces faits, l'histoire d'une malade dont nous avons rapporté l'observation au Congrès de médecine de Bordeaux de 1895, sous le nom d'éruption cutanée d'origine hystérique.

Il s'agissait d'une malade ayant présenté à la suite d'une pustule qui a progressé rapidement, un vaste placard rouge, complètement dépouillé d'épiderme et occupant tout l'avant-bras ainsi que la face dorsale de la main gauche. La lésion, bien limitée, sans trace de pustules ni de vésicules dans le voisinage, laissait s'écouler en très

grande abondance un liquide citrin, légèrement gommeux et fétide; elle était le siège de cuissons très pénibles. Les doigts étaient immobilisés dans la flexion forcée; les mouvements du coude ne pouvaient se produire spontanément et donnaient lieu, lorsqu'on les provoquait, à des douleurs très vives.

La malade, nettement hystérique, présentait une hémianesthésie gauche.

La lésion n'a guéri qu'au bout d'un an, et quelques mois plus tard survenait dans la paume de la main une série de soulèvements bulleux qui aboutirent à la formation d'un placard de même aspect que le premier, bien limité, qui n'était pas guéri un an plus tard lorsque la malade retourna chez elle.

Mais l'observation qui se rapproche le plus de celle que nous rapportons au début de ce travail est celle que Stowers a publiée dans le *British Journal of Dermatology* de janvier 1896. Elle a trait à une femme de 67 ans qui, 14 jours après un deuxième accouchement, du reste normal comme le premier, vit se former au niveau de la matrice du pouce droit et de l'insertion de l'ongle, un petit abcès qui fut incisé, mais bientôt l'ongle se souleva et tomba. La lésion n'a jamais guéri et il survint toute autour un grand nombre de pustules. Un an après, le pouce gauche fut pris de la même façon. Dans la suite, d'autres doigts devinrent malades, à un intervalle de 8 à 16 mois, à l'exception toutefois des 2° et 4° doigts de la main gauche qui restèrent sains. Le dernier des doigts pris était douloureux depuis 3 ans, puis il se forma sur le côté interne du doigt une petite pustule qui par un processus de lente ulcération détruisit l'ongle et la matrice, laissant une surface excoriée et ulcérée, couverte d'une croûte sèche. Les pustules laissent s'écouler un liquide jaunâtre, épais, parfois séreux, incolore, sans odeur et produisant une sensation très pénible de tension et de brûlure. Les ongles du pied droit sont tombés de la même façon; le début de leur maladie remonte à 10 ans. Ceux du pied gauche sont aussi entièrement tombés, sauf le troisième.

La malade est une femme de taille moyenne qui n'avait jamais eu d'affection grave, sauf des douleurs anormales, mais fréquentes et pénibles, dans les jambes et les pieds.

Au mois de septembre 1891, malgré une bonne santé générale, les mains et les pieds étaient couverts d'écailles sèches: les 2° et 3° phalanges des doigts, les paumes des mains, les orteils et les plantes des pieds étaient entièrement dénudés de leur épiderme. Il existait des démangeaisons, des élancements et des sensations de brûlure très pénibles au niveau de la peau, qui empêchaient la malade de dormir. En juin 1893 elle eut une attaque épileptiforme qui la priva de l'usage de ses membres.

Vers le mois de décembre 1893, survint une poussée d'érythème

généralisé, à la suite de laquelle il se produisit une amélioration des mains et des pieds. Cette amélioration se maintint jusqu'à la mort qui semble avoir été provoquée par une tumeur au niveau de l'épigastre, probablement de nature cancéreuse. La malade avait 74 ans; il ne fut pas fait d'autopsie.

Les observations que nous venons de rapporter offrent plus d'une analogie avec celle que nous avons publiée au début de ce travail. Il semble notamment que la dernière soit calquée sur la nôtre, et la planche que donne Stowers est une reproduction fidèle de l'état des lésions de notre malade. Mais quelle est la place que l'on doit leur réserver dans la série des maladies cutanées? On ne peut les faire rentrer dans l'eczéma chronique. S'agit-il, ainsi que le veut Hallopeau, d'une suppuration vulgaire chez un sujet prédisposé, et l'épaisseur de la couche cornée au niveau de la paume des mains peut-elle expliquer la longue durée de la maladie par le seul fait qu'elle favorise la repululation des microbes tout en offrant une barrière contre les agents antiseptiques?

Devons-nous au contraire, avec Stowers, ranger cette affection dans la *Dermatitis repens* de Crocker?

Nous pensons que dans ces observations il faut voir autre chose qu'une suppuration banale, mais nous croyons aussi qu'elles ne cadrent pas en tous points avec l'affection que R. Crocker a décrite sous le nom de *Dermatitis repens*.

En effet, Crocker appelle ainsi une dermatite extensive unilatérale ayant pour point de départ un traumatisme de la peau et qui se manifeste habituellement par une vésicule ou une bulle qui laisse bientôt à nu le derme rouge et abondamment suintant. La maladie s'étend par extension directe et non par la formation d'îlots isolés qui confluent pour former des placards plus grands. Mais nous retiendrons par contre la pathogénie que donne Crocker de la *Dermatitis repens*. La pathogénie la plus probable, dit-il, est celle d'une névrite périphérique partant d'un point blessé des téguments qui détermine une dermatite superficielle bientôt suivie d'une infection microbienne.

Chez notre malade, le traumatisme (piqûre d'épine) est très douloureux; il s'agirait donc d'une névrite spontanée qui s'est traduite par des douleurs lancinantes quelques mois avant l'apparition des lésions de la peau. Toutefois l'idée de névrite comporte des lésions anatomiques dont nous ne pouvons fournir de preuves certaines.

En somme, si l'affection n'est pas en tous points semblable à la *dermatitis repens*, elle nous semble devoir être considérée comme une variété très voisine de cette maladie et reconnaître pour cause des troubles trophiques d'origine nerveuse.

Lésions histologiques tuberculeuses dans un lupus érythémateux

Par M. CH. AUDRY (de Toulouse).

Dans la séance d'août 1894 (Lyon), j'ai communiqué à la Société l'observation d'un homme atteint de lupus érythémateux disséminé de la face et des membres qui vint mourir de péritonite tuberculeuse dans ma clinique. Trois des lésions cutanées avaient été examinées, et deux d'entre elles offrirent les altérations histologiques de la tuberculose; je dis histologique parce que les bacilles recherchés d'ailleurs insuffisamment n'y furent pas isolés. Cette observation paraît être restée unique jusqu'à présent.

Voici un second cas exactement comparable au précédent. Il s'agit cette fois d'un lupus érythémateux disséminé de la face et du cuir chevelu aussi typique que possible, observé chez une jeune femme. J'ai pu faire l'examen histologique de deux des foyers; un seul m'a offert des stigmates d'ailleurs encore purement histologiques de la tuberculose. Je résume brièvement l'observation clinique d'après les notes de mon interne, M. IVERSENE.

Augustine X..., mécanicienne, sans antécédents héréditaires ni personnels, robuste et bien portante, grossesse à 27 ans; à 28 ans, elle voit apparaître sur le cuir chevelu, au niveau de la suture lambdoïde, une plaque rouge un peu douloureuse; quelques mois plus tard, apparition d'une efflorescence semblable un peu en arrière de la première, puis d'une troisième au niveau du lobule de l'oreille gauche, enfin d'une quatrième dans la région temporale droite; enfin on en découvre une cinquième dans la région temporale gauche, et une sixième dans le sillon rétro-auriculaire du même côté. En juillet 1896, apparition d'une tache rouge sur la partie droite de la moitié supérieure du nez. En janvier 1897, l'aspect de toutes les plaques est caractéristique; alopecie atrophique entourée d'une zone érythémateuse, recouverte au centre de petites squames fixes, très adhérentes, etc. La lésion du nez est purement érythémateuse, un peu plus arrondie, large d'environ 0,01.

Excision de toute l'efflorescence nasale, et d'un fragment pris sur le bord de la plus grande plaque du vertex.

Fixation par l'alcool absolu. Paraffine, etc. Coloration par le bleu polychrome d'Unna seul ou associé à l'orange β , à la fuchsine acide, etc.; par l'hématéine, le carmin boraté, etc. (1).

1° FRAGMENT DU NEZ. a) *Épithélium*. — Aminci par endroits, comme planiforme, ailleurs au contraire poussant quelques prolongements presque papillomateux. Cet épithélium ne présente aucun signe d'irritation manifeste.

(1) Un de mes internes, M. POLIER, a photographié les coupes dans mon laboratoire, et les microphotographies ont été soumises à la Société.

Notons que sur les coupes, il n'y a aucune trace de glandes sébacées ou de poils. Ont-ils disparu ?

β) *Zone des papilles*. — Généralement les papilles ont disparu. Le tissu conjonctif immédiatement sous-jacent à l'épiderme présente des faisceaux grêles, rares, morcelés, comme réticulés ; il est irrégulièrement clairsemé de petites cellules rondes (lymphocytaires probablement), les cellules fixes ont perdu leurs prolongements. Dilatation libre des capillaires sanguins ; dilatation considérable des lacunes lymphatiques. Ça et là quelques mastzellen. En quelques points, le derme sous-épidermique est occupé par la marge d'un des infiltrats plus profonds que nous allons décrire.

γ) *Derme profond*. — Il est le théâtre d'infiltrations cellulaires considérables disposées tantôt en nappes étendues, tantôt en nodules plus ou moins arrondis. Si ce sont des nodules, les cellules qui les forment sont plus serrées et la substance fondamentale y est réduite à rien ; mais les éléments cellulaires sont pareils, qu'il s'agisse de nappes étendues ou d'aires restreintes. Ce sont des cellules généralement petites, de forme irrégulière, arrondies ou ovales, à protoplasme maigre et clair, à noyau relativement volumineux, irréguliers et fortement colorés. Les infiltrats sont parcourus de lymphatiques. Ici il n'y a pas de transformations réticulées de la substance conjonctive, même lorsqu'elle est considérablement raréfiée.

Les sudoripares sont assez nombreuses et entourées toujours d'une violente infiltration. En plusieurs points, elles-mêmes sont atteintes, leur épithélium se trouble, prolifère, desquame, remplit la lumière et leur gaine s'épaissit.

Tissu cellulaire sous-cutané. — Il est indemne, quoique immédiatement adjacent aux infiltrations cellulaires mentionnées. Cependant, il est parcouru par des agglomérations denses de petites cellules qui sont disposées en manchon autour de quelques lymphatiques horizontaux.

Malgré l'apparence particulière, la densité, la limitation de l'infiltrat, rien ne nous autorise à porter jusqu'à présent le diagnostic de lésion tuberculeuse ; il n'en est pas de même dans le :

2° *FRAGMENT DU CUIR CHEVELU*. — Nous distinguons 3 parties : une zone où il subsiste des cheveux ; une zone d'activité ; une zone juxtacicatricielle.

I. — Les poils absolument intacts sont rares ; mais ils ne sont bien atteints que sur l'extrême limite ; on les voit alors entourés par un manchon de petites cellules rondes dispersées dans un tissu manifestement réticulé par une diapédèse active et ancienne. Les glandes sébacées sont saines. Les sudoripares sont le centre d'une inflammation dense et intense. Ça et là, quelques infiltrats en traînées le long des lymphatiques. Le derme papillaire offre également un état réticulé des plus manifestes.

Le mécanisme de la disparition des poils est très difficile à saisir ; on le comprend un peu mieux en étudiant la zone voisine. Les arrecteurs des poils sont certainement hypertrophiés ; plusieurs d'entre eux sont comme ensevelis par les petites cellules lymphoïdes.

II. — *Zone d'activité*. — α) L'épiderme normal sauf une certaine augmentation des couches desquamantes. Epaisseur régulière ; pas d'hyperactivité dans la division des cellules ; pas d'exagération de la diapédèse intra-épithéliale ; pas d'élargissement des traits de ciment.

Les papilles sont tantôt conservées, tantôt disparues.

Çà et là, l'épithélium corné pousse dans le derme des végétations profondes, plus ou moins infundibuliformes, qui semblent bien représenter des vestiges de poils récemment disparus. D'abord, l'épithélium de leur gaine s'érode complètement à mi-hauteur ; il y a ainsi comme un accollement et une cicatrisation des deux gaines conjonctives qui séquestrent ainsi dans le derme des flots d'épithélium plus ou moins étendus. Ces flots diminuent, s'émiettent, disparaissent, sans jamais laisser envahir le tissu inflammatoire qui l'étouffe. Au fur et à mesure que l'on s'éloigne de la première zone (celle de la persistance des poils), les vestiges diminuent ; l'épiderme devient plat comme sur une cicatrice.

β) *Derme*. — C'est là que s'offrent les lésions ; elles ne siègent pas immédiatement au-dessous de l'ectoderme, mais un peu plus profondément. Elles sont représentées par des agglomérats de petites cellules semblables à celles que j'ai décrites tout à l'heure. Tantôt ces cellules apparaissent serrées modérément, dispersées dans une substance fondamentale, tantôt simplement morcelée, et tantôt complètement réticulée. Elles sont disposées tantôt en nappes, tantôt en traînées, tantôt en nodules bien arrondis et très denses à leur périphérie. Çà et là, on y voit de petits vaisseaux où l'on note des traces d'endartérite manifeste. Un de ces infiltrats offre en son milieu une plaque protoplasmique homogène assez étendue, au centre de laquelle on voit un seul noyau ovale, pâle, net, qui semble constituer un fragment d'une cellule géante dont la coupe examinée ne comprend qu'un fragment. En un autre, on trouve une cellule géante parfaitement caractérisée, ronde, entourée de 6 noyaux dans le même groupe, une autre formation semblable, moins bien délimitée, entre 4 ou 5 noyaux en demi-cercle ; enfin, une troisième figure semblable.

Les sudoripares offrent des lésions décrites précédemment.

Traînées cellulaires dans le tissu conjonctif plus profond.

Les bacilles ont été recherchées (par le Ziehl) sur les coupes seulement ; mais sans succès ; le groupe de cellules géantes était complètement débité, et c'est besogne impossible que de chercher à découvrir les bacilles dans les tissus où l'on n'est guidé par rien.

III. — *Zone atrophique*. — Elle ne présente aucune différence notable d'avec la précédente. Seulement tout vestige de tumeur a disparu ; l'épiderme est complètement plat, les infiltrats sont moins nombreux, moins durs, et moins étendus.

En résumé, lésions histologiques de tuberculose bien caractérisées anatomiquement, mais à développement typique à la fois maigre et rare.

Dans ce cas aussi, il a fallu examiner un très grand nombre de coupes empruntées à 2 efflorescences de lupus érythémateux pour ne trouver des tubercules que sur un petit nombre de préparations d'une seule des deux lésions.

Je crois néanmoins que, malgré l'absence de la constatation des bacilles, on peut considérer la présente observation comme une nou-

velle et bonne preuve en faveur de la nature immédiatement et franchement tuberculeuse du lupus érythémateux vulgaire.

Mastite syphilitique gommeuse.

Par M. E. LEGRAIN.

Les observations de gommès syphilitiques du sein ne sont pas très nombreuses; de plus, un certain nombre d'entre elles sont intéressantes à un point de vue spécial : elles peuvent simuler une tumeur maligne et à ce titre faire naître l'idée d'une intervention chirurgicale. Tel est le cas de la malade dont je présente aujourd'hui à la Société l'observation et la photographie.

OBSERVATION. — Femme Kabyle d'environ 50 ans, ayant un fils et une fille jouissant d'une bonne santé, n'ayant jamais fait de fausse couche, ne présentant aucune malformation dentaire, aucune déformation osseuse, aucun antécédent morbide autre que de légers accès de fièvre paludéenne.

Au mois de juin 1896, la malade s'aperçut qu'un petit bouton gros comme une noisette s'était formé un peu en dehors du mamelon gauche. Ce bouton indolore resta stationnaire pendant trois mois. Plusieurs empiriques arabes consultés ne manquèrent pas de prescrire force emplâtres; malgré tout « le bouton ne perça pas ». Ce fut seulement en novembre que la peau s'ulcéra à ce niveau, donnant issue à un liquide qui ressemblait à du lait, au dire de la malade.

D'autres tumeurs apparurent alors autour du mamelon; le sein tout entier en présenta une quarantaine à sa surface. Les tumeurs des parties externe, supérieure et inférieure finirent par s'ulcérer, comme la première tumeur apparue. Après l'ulcération des tumeurs les glandes de l'aiselle augmentèrent notablement de volume.

Au moment où je vois la malade, au commencement de février 1897, le sein gauche a l'aspect représenté par la photographie jointe à cette note : sur toute sa surface, sauf à la partie interne, existait une trentaine d'ulcérations en cupule, peu profondes, dont le fond est tapissé d'un enduit crémieux. Le bord des ulcérations bourgeonne et saigne assez facilement. Le mamelon lui-même est hypertrophié et exulcéré.

Au-dessus et en dedans du mamelon existent une dizaine de tumeurs dont le volume varie de celui d'un pois à celui d'une noisette. Ces tumeurs sont mobiles sous la peau et sur les parties sous-jacentes. A leur niveau, la peau est saine. La peau n'est adhérente et bronzée qu'au niveau des tumeurs ramollies et fluctuantes de la périphérie.

En dedans du sein lui-même et un peu en dehors du sternum se perçoivent trois ou quatre petites tumeurs très mobiles sous la peau et de la grosseur d'un pois.

Les ganglions axillaires ont le volume d'un œuf de poule. Si on saisit

le sein entre les mains, on voit que la réunion de ces tumeurs forme une sorte de cuirasse cutanée assez épaisse, indurée et indolore.

Il n'existe d'autre lésion en aucun endroit du corps.

Ce cas est un de ceux qui permettent d'hésiter entre une tumeur maligne et une infiltration gommeuse. Cependant, dans ce cas, les différentes phases de l'évolution des lésions étaient assez caractéristiques pour permettre de poser un diagnostic ferme, même avant le résultat de l'épreuve thérapeutique : ce sont d'abord de petites tumeurs rondes, dures, circonscrites, mobiles sur les parties profondes et sous la peau ; puis, à mesure qu'elles progressent, la peau devient adhérente et prend une coloration bronzée ; enfin, l'ulcération des tumeurs se produit vers le troisième ou quatrième mois et les ganglions ne se prennent qu'après l'apparition de plusieurs ulcérations. On ne trouve pas là la marche d'un cancer ou d'une mastite chronique. La tuberculose mammaire, sauf de rares cas de tuberculose cutanée, affecte le plus souvent la glande elle-même. Ici, les lésions sont exclusivement cutanées. La glande elle-même semble intacte sous la cuirasse d'infiltration.

En quelques jours d'ailleurs le traitement mixte permet de confirmer le diagnostic ; aujourd'hui, la malade est à peu près complètement guérie.

J'ai bien recherché chez la malade des antécédents syphilitiques, et n'ai rien trouvé ; et pourtant, elle appartient à une classe aisée où des manifestations syphilitiques passeraient difficilement inaperçues. Pas de trace de syphilis héréditaire chez les enfants de la malade. Je suis donc tout porté à mettre ces accidents, dont la nature syphilitique ne fait pas de doute, sur le compte de la syphilis héréditaire. Il n'est pas très rare d'ailleurs d'observer chez les indigènes, où la syphilis est si répandue, des cas bien authentiques d'hérédo-syphilis très tardive.

Si les gommès isolées du sein sont aujourd'hui bien connues, depuis les travaux de Richet, Yvaren, Maisonneuve, Verneuil, Ambrosoli, Icard, Horteloup, Laudreau, Claude, etc., qui en ont réuni environ trente cas, il n'en n'est pas de même des gommès multiples. Lancereaux, dans son traité théorique et pratique de la syphilis, divise les gommès du sein en deux catégories : les gommès diffuses constituant la mastite syphilitique diffuse et les gommès circonscrites ou mastite gommeuse. La mastite diffuse se manifesterait par une tuméfaction générale de l'organe s'accompagnant d'un engorgement ganglionnaire. D'après Jullien, cette mastite serait précoce et débiterait dès la fin de la période secondaire ; mais en réalité, l'existence même de cette forme de mastite ne peut encore être admise sans conteste.

Quoi qu'il en soit, le cas que je rapporte est remarquable par l'existence d'une quarantaine de gommes localisées exclusivement à la peau du sein gauche, sans participation appréciable de la glande. Ce cas m'a semblé assez rare pour être signalé. Dans la littérature médicale, je ne puis en rapprocher que le cas de M. Segond (Th. de Gromo), dans lequel il existait une dizaine de petites gommes cutanées à la périphérie du mamelon.

Engelures séniles chroniques.

Par M. MÉNEAU (de la Bourboule).

Les engelures sont, comme on sait, l'apanage habituel de la jeunesse, et disparaissent définitivement, en général, soit à l'adolescence, soit au moins à l'âge adulte.

Elles sont plus fréquentes chez les sujets lymphatiques et débilités. Elles s'accompagnent généralement de certains troubles circulatoires, au premier rang desquels figure le refroidissement facile ou habituel des extrémités qui présentent même parfois une teinte un peu livide. Ces troubles peuvent persister plus ou moins longtemps. On les rencontre à ce propos surtout chez les femmes qui conservent aussi plus longtemps le tempérament lymphatique. On peut y rattacher ces formes d'érythème chronique décrits par Audry sous le nom d'érythème acro-asphyxique. On peut cependant dire qu'il est absolument rare de voir les engelures persister jusque dans l'âge mûr.

On peut bien voir apparaître chez des adultes des lésions analogues aux engelures et qui ne sont que le prodrome de l'asphyxie de Raynaud (Cf. Audry, *Annales Derm. et Syph.*, 1894, p. 1175), de la sclérodermie ou du lupus érythémateux, mais ces faits se caractérisent nettement et se distinguent de ceux dont nous voulons parler soit par leur marche paroxystique (asphyxie locale), soit par l'évolution générale de la maladie et les traces qu'elle laisse à sa suite (sclérodermie, lupus érythémateux). On voit cependant quelquefois apparaître de véritables engelures, chez des adultes ou même des vieillards n'ayant pas eu d'engelures pendant leur enfance. L'affection présente alors une gravité et une ténacité particulières, d'autant plus accusées que les malades sont plus âgés.

Dans leur forme franchement sénile et dans les cas les plus typiques, la maladie offre un aspect assez particulier, mais ces cas se rattachent à la forme juvénile par une série de transitions représentés par les cas d'engelures apparaissant pour la première fois chez des adultes jeunes, (Pringle, Hutchinson, Thibierge).

L'affection que nous décrivons sous le nom d'engelure chronique sénile est assez rare, car il ne nous a été permis d'en observer que 4 cas, depuis 6 ans, parmi les nombreux malades qui fréquentent la clinique de M. le professeur agrégé Dubreuilh, à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Il nous a donc paru intéressant de les publier.

OBSERVATION. — M^{me} M..., 44 ans, charcutière, ne présente aucun antécédent héréditaire. Le père est migraineux, mais sa santé générale est bonne ainsi que celle de la mère de la malade.

En fait d'antécédents personnels, elle a eu, pendant sa jeunesse, un peu de chloro-anémie, et à 31 ans, un eczéma généralisé, surtout accusé aux jointures.

Elle a eu des engelures pour la 1^{re} fois, il y a 20 ans, le premier hiver de son mariage. Ces engelures sont revenues depuis tous les hivers, mais leur intensité n'augmente que lors des hivers rigoureux. Son mari, sa fille, actuellement âgée de 16 ans, en sont aussi atteints, quoiqu'à un moindre degré.

Dès les premiers froids, généralement vers le mois d'octobre, les engelures apparaissent, et s'ulcèrent dès que l'hiver est rude.

La figure est couperosée.

Il y a environ 6 ans, les oreilles et le nez ont été pris.

Actuellement, le lobule de chaque oreille présente une teinte violette blafarde et le nez, un peu gonflé, est aussi violet. Cette teinte se fonce par le froid, en même temps que sa surface, d'abord purement érythémateuse, se couvre de croûtes qui desquament à la longue en fines lamelles.

Les mains sont d'un rouge sombre. La pression du doigt y détermine une pâleur plus lente à disparaître que normalement. Les mains et les poignets sont couverts d'engelures, pendant toute la durée de l'hiver.

Les doigts sont déformés : la 1^{re} phalange est grosse et noueuse. Les doigts sont incurvés, le plan de la main semble déjeté en dehors. La malade affirme cependant n'avoir jamais eu de rhumatisme ou d'affection analogue.

Les mains et les pieds sont toujours froids. Car les pieds sont aussi atteints d'engelures, mais beaucoup moins gravement que les mains. L'hiver, il se produit à la pulpe des doigts de petites plaques d'eczéma, rouges, prurigineuses, avec de petits abcès intra-dermiques qui laissent derrière eux une cicatrice rosée, précédée d'une fine desquamation colloïdionnée, processus terminal des engelures de l'hiver et que l'on note également aux pieds.

Main droite. — Les pulpes sont saines ; le dos des phalanges est au contraire le siège d'une fine desquamation analogue à celle de l'eczéma sec, mais très peu fournie.

Le dos des mains présente le même germe de lésions, bien que moins prononcées encore.

La main gauche présente les mêmes lésions, mais un peu plus accusées.

Ongles. — Tous les ongles sont pris, aux deux mains et à peu près de la même façon à chaque doigt.

Ils présentent, d'avant en arrière, 3 zones bien nettes.

1° Une zone de décollement qui va d'un bord de l'ongle à l'autre, large de 3 à 5 millimètres, limitée en arrière par une ligne onduleuse. La couleur de l'ongle y est d'un blanc mat, entrecoupé par places de taches dues au dépôt des poussières et corps étrangers.

2° En arrière, une 2° zone, *rouge brun*, large de 2 à 3 millimètres, va également d'un bord à l'autre. Elle est très accusée au pouce et aux deux derniers doigts de la main gauche, aux 4 doigts de la main droite, sauf le pouce. Elle est beaucoup plus pâle, beaucoup moins accusée que les autres. La limite postérieure de cette zone est nettement définie. Mais cette coloration pâlit, sans toutefois disparaître, lorsqu'on anémie le lit de l'ongle par la pression.

3° Le reste de l'ongle est compris par une 3° zone *blanche*, d'un blanc moins éclatant que celui de la zone antérieure qui va jusqu'au repli sus-unguéal. Elle est très probablement due à une anémie profonde du lit de l'ongle à ce niveau ; elle est sur quelques doigts légèrement teintée de rose.

Il n'existe de lunule qu'au niveau du médius droit. Cette lunule est plus blanche que la zone précédente. Aux autres doigts, le lunule se confond avec elle. Toutes deux sont de même courbure.

Les ongles sont durs et résistants, un peu déchaussés sur les bords, très légèrement soulevés à leur extrémité libre par une légère hyperkératose du lit. Le bord libre est lisse, dur, non cassant. Les ongles sont plus ou moins raccourcis, mais pas déformés, sauf celui de l'index gauche qui, tombé à la suite d'une engelure ulcérée, a repoussé déformé. Il est représenté par une petite lame aplatie de 8 millimètres de long, affilée vers son extrémité libre, décollée sur les bords et à la partie médiane. Le doigt est lui-même plus déformé que les autres et très effilé, en fuseau à son extrémité. La surface des ongles est lisse sur quelques doigts (index, médius droit), à l'annulaire droit toute la moitié antérieure de l'ongle, à partir de la zone brune, est en contre-bas de 1/4 de millimètre environ.

Sur l'index et le médius gauche, on voit un petit sillon transversal à peine accusé de 1 millimètre de large sur 5 de long.

Sur le lit de quelques ongles, on trouve une légère hyperkératose très molle de 1 millimètre d'épaisseur à peine, en moelle de jonc, dont l'extrémité antérieure est frangée, séparée à la façon des barbes de plumes.

Sur quelques ongles, il existe de petits nuages de taches blanches (mendacia). Le repli sus-unguéal et le repli épidermique sus-unguéal sont normaux.

OBSERVATION 3900. — M^{me} R..., 55 ans.

Cette femme a les mains malades depuis 14 ans, époque à laquelle elle a perdu son mari. A partir de cette époque, elle a eu les mains couvertes d'engelures, tous les hivers. Elle en avait du reste, étant enfant, mais moins accusées que depuis 14 ans.

D'un tempérament plutôt chétif et névropathique, elle n'a eu qu'un érysipèle ambulatoire, qui lui parcourut tout le corps pendant 6 mois, il y a 4 ans.

Actuellement, la malade a les mains froides toute l'année, violettes, un peu raides. En hiver, elles deviennent plus rouges, un peu tuméfiées et tout à fait glacées. Les doigts sont raides, très douloureux, surtout à l'extrémité, où il se forme des abcès sous-épidermiques à marche très lente et très douloureux. Mais la malade n'a jamais présenté d'attaque d'asphyxie locale proprement dite. Il semble que les mains soient occupées dans leur totalité par une vaste et unique engelure. La malade, presque impotente en été, l'est complètement en hiver. Elle ne présente ni aux mains ni ailleurs quoi que ce soit qui rappelle le lupus érythémateux.

Les ongles tombent assez fréquemment en hiver.

La peau des mains et des doigts est violacée, fine, souple, décapillée avec taches cicatricielles sur la pulpe, mais sans aucune mutilation.

Main gauche. — Les ongles du pouce et de l'index sont normaux.

Celui du petit doigt ne présente que quelques cannelures longitudinales.

Ceux du médus et de l'annulaire sont déformés, bossués, avec de grosses cannelures longitudinales, irrégulières, assez lisses, sauf un peu de desquamation à la racine et quelques piquetures.

Ils sont assez durs, mais très douloureux au toucher, malgré l'absence de tout phénomène inflammatoire.

Main droite. — Les ongles des 2^e et 3^e doigts sont raccourcis, plus larges que longs. Au 4^e doigt l'ongle est très court (4 millimètres), adhérent, lisse, sans altération de structure, et partagé en deux parties par une bande cicatricielle longitudinale, simplement épidermique.

OBSERVATION 3896. — Adolphe L..., 65 ans, cordonnier.

Cet homme, entré à l'hôpital Saint-André pour des troubles cardiaques liés avec de l'alcoolisme chronique, a eu, depuis sa première enfance, des engelures tous les hivers aux mains et aux pieds. L'ulcération n'est habituelle qu'aux mains.

Les doigts sont gros et ronds; leur extrémité libre est globuleuse, arrondie en boudin.

Les mains et les doigts sont semés de plaques érythémateuses, assez nettement circonscrites, sans bords bien limités, d'une teinte violacée, un peu livide, froides en hiver.

La tache blanche que détermine la pression est lente à disparaître. Le derme est mou, souple, l'épiderme lisse, amincie et ne présentant que peu de plis, les papilles sont atrophiées.

Les ongles tombent souvent l'hiver à la main gauche.

Les engelures disparaissent, après les froids, pour laisser la place à une desquamation collodionnée en fines lamelles qui guérit d'elle-même au moment des chaleurs; mais dès le mois d'octobre et l'apparition des premiers froids, le cycle recommence.

Mais le malade présente en même temps des lésions unguéales qui, elles, n'ont jamais rétrocedé depuis 15 ans, époque de leur apparition.

Sauf l'index droit et les deux pouces, tous les ongles sont déformés et les ongles les plus malades sont ceux des doigts les plus atteints.

MAIN GAUCHE. — Index. — La forme du doigt est normale, sa couleur est rouge violacé, quelques squames peu abondantes le recouvrent.

La consistance de l'ongle est normale. Les parties médiane et latérale sont décollées. Le décollement médian se traduit par une *zone blanche* légèrement ondulée, régulière, s'étendant d'un côté à l'autre de l'ongle et occupant son 1/3 antérieur.

Cette zone blanche est bordée du côté de l'extrémité libre par une *bande noire* due aux poussières; au-dessus de la zone de décollement blanche, on voit une 2^e zone d'un *bleu un peu enfumé*, qu'on peut faire pâlir en anémiant le lit de l'ongle par la pression. Au-dessus de cette zone, on trouve une partie *blanche*, qui a la coloration de la lunule.

L'extrémité libre de l'ongle est irrégulière, plus molle que d'ordinaire, faible et cassante.

Du côté cubital de l'ongle, on voit deux stries noirâtres verticales, larges de 1/5 de millimètres, dues à une solution de continuité de la surface superficielle de la lame unguéale, occupant les 2/3 antérieurs de l'ongle.

Celui-ci est plat. Il présente deux cassures longitudinales, divisant l'ongle en quatre portions dont l'externe est au même niveau que l'ongle, l'interne en contre-bas, une arête le limite.

Du côté radial, l'ongle descend brusquement en formant un coin avec arête saillante qui va du repli à l'extrémité libre; au niveau de ce coin, s'est produite une cassure longitudinale de l'ongle dans toute sa longueur.

Médus. — Ce doigt est gros, rond. Son extrémité libre et globuleuse, arrondie en boudin. Le doigt est rouge violacé, recouvert d'un épiderme de remplacement dur et lisse avec çà et là quelques collerettes épidermiques blanches sur la limite des portions épidermes. La peau est atrophiée.

L'ongle ne recouvre pas l'extrémité du doigt. Il est petit, un peu déchaussé sur ses bords, de couleur à peu près normale.

Près de son extrémité libre, on voit une cassure dans le sens de l'épaisseur qui divise l'ongle en deux plans superposés, avec une petite bordure blanche de 1 millimètre, due à une infiltration d'air.

Annulaire et auriculaire. — Ces deux doigts sont très déformés. Les ongles sont représentés par deux petits blocs cornés irréguliers, épais, durs, rugueux, noirâtres, adhérents, qui rappellent assez exactement des ongles de pieds déformés. Près de l'extrémité de l'annulaire, la peau est souple, mais atrophique. On peut sentir par le toucher les os de la phalange et de la phalangette.

Au niveau de l'auriculaire, la desquamation consécutive aux engelures comprend la plus grande partie du repli sus-unguéal.

MAIN DROITE. — Médus. — L'ongle est petit. Il mesure 1 centimètre de long sur 1 centimètre de large. est formé par 2 masses cornées déprimées en cupule, séparées par une cassure antéro-postérieure qui occupe toute l'épaisseur de l'ongle. Ces deux portions d'ongle sont assez adhérentes au repli et au lit. Les bords des cassures sont très irréguliers. La surface de ces deux lamelles présente quelques déviations superficielles sous forme de stries longitudinales noires, dues à de petites cassures superficielles.

Les pouces et les médus sont le moins altérés. Leurs ongles sont plats, minces avec de longues fissures longitudinales. Ceux des médus, très atrophiés ne forment qu'une petite lame cornée assez mince, appliquée sur

la face dorsale de la dernière phalange, coupée à droite par une fissure en deux fragments indépendants, sans altération notable de structure et avec un repli sus-épidermique intact.

Aux deux derniers doigts de chaque main, les lésions atteignent leur maximum. Leurs ongles sont petits, atrophiés, informes, épaissis et soulevés par des productions cornées formées sur le lit, se confondant avec lui et les rendant comparables aux ongles déformés des derniers orteils.

OBSERVATION. — M^{me} de C..., 50 ans, est une petite femme, maigre, nerveuse, mais de bonne santé générale.

Elle n'a jamais eu d'engelures dans son enfance et n'en a vu survenir que depuis deux ou trois ans, dès le commencement de l'hiver. Elles durent pendant toute la saison froide. Les mains et les pieds sont habituellement froids en hiver, pas en été. Ils ne sont pas violacés. Mais depuis l'apparition des engelures, les doigts sont devenus beaucoup plus gros et boudinés.

Les lésions sont typiques. Elles se présentent sous la forme d'élevures arrondies de 1 centimètre environ de diamètre, rouges, un peu livides, infiltrées. Il y en a 2 ou 3 sur chaque doigt. Les ongles se sont altérés en même temps. Ils sont très courts, plus larges que longs, aplatis, avec quelques arêtes mousses longitudinales assez larges, comme il en reste à la suite d'un traumatisme ou d'un panaris. Les replis basal et latéraux présentent des bourrelets d'épiderme épaissi. Le bord libre est irrégulier, ainsi que la limite du décollement naturel. La lame unguéale est extrêmement mince et très fragile, tout à fait plate et même, sur les derniers doigts, on ne retrouve plus la forme cylindrique normale.

DESCRIPTION D'ENSEMBLE. — La lecture des observations précédentes nous apprend que l'engelure chronique sénile peut rester purement érythémateuse ou s'ulcérer. Tout dépend, comme dans le jeune âge, de l'intensité du froid. Quelle que soit la forme de la lésion, les doigts sont déformés, gros, boudinés; leur extrémité libre est globuleuse; leur teinte est violacée ou bleuâtre. Au toucher, ils sont beaucoup plus froids que les parties voisines. La pression du doigt y détermine une pâleur plus lente à disparaître que d'ordinaire. Ces symptômes s'accusent pendant l'hiver. A cette époque, il survient parfois à l'extrémité des doigts des abcès intra-dermiques très douloureux, qui rendent les malades presque impotents. Ces abcès, lents à guérir, laissent derrière eux une cicatrice rosée. L'engelure elle-même se termine par une fine desquamation collodionnée.

Les ongles sont généralement atrophiés. Plus ou moins raccourcis, ils présentent un léger degré d'hyperkératose du lit; ils sont décollés sur leurs parties latérales ou médianes; ce décollement se manifeste par l'apparition de zones blanches ou brunes qui tranchent sur la couleur habituelle. Enfin déformés, bosselés, ils sont striés de cannelures longitudinales.

Ils tombent assez fréquemment en hiver.

Les engelures séniles se distinguent donc des engelures juvéniles.

1° Par leur *plus grande chronicité*. L'engelure sénile dure tout l'hiver et s'atténue en été, mais sans disparaître complètement.

2° Elle ne présente pas les ulcérations planes torpides de l'engelure juvénile, mais on y trouve en revanche des *abcès dermiques*, généralement, mais non constamment situés au bout des doigts et excessivement douloureux : des *altérations* diffuses et permanentes de la peau et des *déformations des ongles*, qui manquent dans les engelures juvéniles les plus étendues et les plus tenaces.

3° L'engelure juvénile n'est jamais aussi diffuse que la forme sénile.

DIAGNOSTIC. — L'une des affections avec lesquelles on est le plus tenté de confondre l'engelure chronique sénile est la maladie de Raynaud. La différenciation clinique nous parait cependant aisée à établir. D'abord la maladie de Raynaud est paroxystique et non persistante ; ce qui caractérise en effet cette maladie, ce sont les attaques *paroxystiques* d'asphyxie locale qui peuvent être provoquées à brève échéance par des circonstances occasionnelles (variations de température ou troubles nerveux), tandis que, dans les engelures chroniques, c'est la température générale qui produit une aggravation saisonnière.

Après l'attaque de la maladie de Raynaud, il se fait un retour plus ou moins complet de la circulation. Les déformations consécutives sont dues à des gangrènes superficielles ou des nécroses osseuses ou de petits abcès qui siègent toujours à l'extrémité des doigts. Enfin l'altération la plus habituelle de l'ongle consiste dans son rapetissement et son déplacement en avant, de sorte qu'il vient coiffer l'extrémité du doigt.

La deuxième affection avec laquelle on peut confondre l'engelure sénile, c'est le lupus érythémateux des extrémités.

Rona a vu deux cas de lupus érythémateux des mains qui se présentaient chaque année sous la forme d'une érythème papuleux durant des semaines.

Kaposi, Grancher, Hallopeau ont insisté sur la ressemblance du lupus érythémateux des doigts avec les engelures.

Fréquent comme elles chez les sujets lymphatiques, il peut occuper les mêmes régions, présenter le même aspect de peau boursouflée, épaissie, tendue, douloureuse, rouge violacé, livide, asphyxique.

Le début peut être brusque sous forme de plaques rouge bleuâtre, écailleuses, qui peuvent s'ulcérer en présentant de petites eschares disséminées, à surface bourgeonnante et croûteuse, comme les engelures. Il peut même parfois leur succéder (Pringle).

On distinguera le lupus érythémateux de l'engelure par la forme de ses plaques, leur tendance à l'atrophie cicatricielle même en dehors des ulcérations, leur teinte blanc grisâtre au centre un peu déprimé,

leur zone périphérique saillante, violacée, tendre et douloureuse.

De plus, il est rare que le lupus érythémateux reste localisé aux doigts; il envahit au moins les membres et la face, tandis que dans un cas, nous n'avons vu que les doigts, les mains et les pieds pris.

On pourrait aussi confondre l'engelure chronique sénile avec la sclérodermie.

La sclérodactylie débute souvent par des attaques d'asphyxie locale des extrémités et par des plaques érythémateuses qui apparaissent en hiver et rappellent de tous points des engelures.

Mais ces engelures ne sont qu'un symptôme accessoire de la maladie qui, en même temps ou au bout de peu de temps, s'accuse par de la sclérodermie.

Les doigts sont pâles, plus ou moins immobilisés en demi-flexion, tantôt effilés, tantôt tuméfiés; la peau est adhérente aux plans profonds et fait corps avec le squelette, de sorte que les couches superficielles de l'épiderme lui-même, tant sur la face dorsale que sur la face palmaire, sont dépourvues de toute mobilité. Les lésions sont plus marquées aux doigts mais s'étendent sans limite distincte sur la main et même sur l'avant-bras ou plus haut.

Dans l'engelure chronique la peau s'amincit, devient lisse et mobile sur les plans profonds. Dans la sclérodermie, la peau reste dure et fixée sur le plan profond, même dans l'intervalle des attaques.

Quant à l'érythromélgie, le diagnostic est plus aisé. L'affection s'attaque surtout aux sujets jeunes. Les membres inférieurs sont atteints de préférence. La douleur est le symptôme capital et primordial. Le meilleur moyen de la calmer est l'emploi du froid. L'hiver amène un bien-être relatif, tandis que la chaleur le fait réapparaître. La congestion n'est liée qu'à la douleur. Elle n'arrive qu'au bout d'un certain temps et ne dépend que de l'intensité et de la durée de la douleur. La couleur de la peau varie du vert rouge à l'hortensia, au violet, au pourpre foncé; mais elle n'a jamais la lividité de l'érythème pernio torpide des vieillards. Les crises s'accompagnent d'une élévation de température qu'on ne rencontre pas dans l'engelure sénile.

PATHOGÉNIE. — L'engelure se rencontre, quel que soit l'âge, chez ceux dont, en toutes saisons, les extrémités sont le siège d'une stase sanguine plus ou moins marquée.

Tous les troubles circulatoires ou nerveux des extrémités facilitent son développement. Il en est de même de toutes les causes d'affaiblissement général; la vieillesse et l'athérome qui l'accompagnent peuvent donc être des causes déterminantes au même titre que le spasme vasculaire à laquelle Raynaud attribuait son asphyxie locale.

Peut-être, étant donnée l'influence que le système nerveux exerce

sur la nutrition des parois artérielles, ce spasme vasculaire est-il lié à une altération des nerfs vaso-moteurs.

Peut-être au contraire la lésion artérielle due à l'âge seul préexistait-elle aux troubles nerveux, ceux-ci n'intervenant que pour en limiter les effets sur les tissus périphériques.

L'influence vasculaire se combinerait ainsi à l'influence nerveuse.

Injection accidentelle de calomel dans un vaisseau.

Par MM. REY et L. JULLIEN (d'Alger).

La nommée O..., âgée de 20 ans environ, née à Tizi-Ouzou, entre au Dispensaire municipal d'Alger le 27 août 1895, pour un chancre induré de la petite lèvre droite.

Cette Kabyle s'était mariée dans son pays natal avec un maître d'école arabe. Celui-ci ne tarda pas à prendre une seconde femme et, dès lors, accabla de mauvais traitements O..., qui finit par l'abandonner. Elle vint à Alger où elle se livre à la prostitution depuis 18 mois.

Quoique l'accident primitif soit encore en voie de cicatrisation, on observe déjà sur la peau des poussées psoriasiformes ; les membres surtout sont envahis, avec prédominance du côté de la flexion. Plaques muqueuses des lèvres et du pharynx, adénite inguinale.

Les piqûres se succèdent chaque quinzaine, d'abord à la dose de 5 centigrammes (5 piqûres), puis de 7 centigrammes (3 piqûres). Une amélioration sensible commençant à se produire, la 9^e piqûre est faite à 5 centigrammes. Ce jour là, 18 syphilitiques vont être injectées ; O... est la première de la série. En rentrant l'aiguille il sort quelques gouttes de sang rouge. Interrogée la malade, habituée à cette légère opération, répond qu'elle n'a rien senti.

Mais, quelques instants après, cette femme, qui a été piquée debout, s'assoit brusquement par terre, en poussant des cris de douleur et en se débattant violemment. On la transporte aussitôt sur son lit. Tous les téguments sont alors d'un rouge vif ; le cou se gonfle énormément dans sa partie antérieure et simule un fort goitre. La respiration est anxieuse ; la toux fréquente s'accompagne de crachats sanguinolents.

Cet état grave ne tarda pas à être suivi de vomissements incoercibles qui persistent pendant une dizaine de jours, malgré une médication énergique et de fortes doses de morphine en injections. Le lait glacé, à l'eau de Vichy, commença seulement à être supporté alors. Les crachats sanguinolents ne disparurent qu'au bout de trois semaines. Du reste l'auscultation ne révéla aucune lésion pulmonaire ; jamais de fièvre, mais de l'hypothermie, oscillant vers 36°,5 et 36°,6.

A la fin du 3^e septénaire, la convalescence s'accroît et la guérison

des accidents provoqués par la piqûre parut définitive. Une dernière dose de calomel (5 centigrammes) fut encore injectée dix jours après, sans accident d'aucune sorte ; l'évolution syphilitique était alors parfaitement enrayée. La malade, libérée à ce moment, n'a pas reparu dans le service.

On doit assurément attribuer tous les symptômes relatés ci-dessus à ce que l'injection a été poussée directement, sans prendre la précaution de n'adapter la seringue qu'après avoir enfoncé l'aiguille. Durant son séjour assez prolongé au Dispensaire, cette indigène n'a jamais présenté aucun signe d'hystérie. Elle était habituée aux piqûres et les laissait faire sans résistance aucune. Son état général était excellent.

Des injections intra-veineuses de sels mercuriels solubles dans le traitement de la syphilis.

Par M. CH. ABADIE.

L'année dernière, je terminais une communication que j'avais l'honneur de faire à la Société de dermatologie et syphiligraphie en disant que, chez les malades dont le réseau veineux du bras était bien développé, le traitement de la syphilis par les injections de sels mercuriels me paraissait le traitement idéal.

Depuis cette époque, j'ai continué à pratiquer ces injections et, à l'heure actuelle, leur emploi s'est tellement vulgarisé à ma clinique que je n'en fais guère plus d'autres.

Leurs avantages incontestables sont, d'abord, l'absence incomplète de douleur et de nodosités sous-cutanées. Quand on injecte des sels insolubles tels que le calomel, et même, quoi qu'on dise, les sels solubles, les injections sont toujours plus ou moins douloureuses et s'accompagnent d'indurations à la fin fort pénibles ; la région fessière et lombaire, dans laquelle on introduit les substances médicamenteuses, étant toujours assez limitée.

Les injections intra-veineuses, au contraire, ne sont nullement douloureuses et ne laissent aucune trace.

Quels sont leurs inconvénients ? Offrent-elles, d'abord, quelque danger ? quand elles sont faites, bien entendu, avec la rigueur antiseptique voulue.

Les précautions à prendre sont simples. Il suffit de laver au sublimé ou à l'alcool la place où l'injection doit être pratiquée ; de se servir d'une seringue tout en verre, corps de pompe et piston modèle Luer et d'une aiguille-canule en platine iridié flambée chaque fois à

la lampe à l'alcool. Je déclare qu'en se conformant à ces règles, en somme fort simples on n'aura jamais d'accident.

Une objection plus sérieuse serait la difficulté d'exécution. Cela est vrai surtout quand le réseau veineux superficiel du bras est peu développé. Mais déjà, chez le plus grand nombre de malades, une compression légère avec la main sur la partie moyenne du bras suffit pour rendre les veines apparentes. L'injection devient dès lors aussi facile qu'une injection sous-cutanée ordinaire. Comme je l'ai déjà dit, le traitement est alors idéal. Mais je reconnais qu'il n'en est pas toujours ainsi ; chez certains malades, malgré une ligature appliquée à la partie moyenne du bras, le réseau veineux superficiel est quelquefois fort peu apparent et on sent les veines plutôt qu'on ne les voit. Mais, même dans ces conditions, un peu d'attention et d'habitude suffisent pour arriver à pousser l'injection dans la veine. Le seul accident possible quelquefois chez ces malades ayant les veines peu apparentes, c'est que l'injection pénètre non dans la veine mais à côté ; il se produit alors une nodosité qui reste apparente pendant quelques jours pour se résorber lentement après.

Déjà donc, au point de vue de la technique fort simple et de la commodité du malade, les injections intra-veineuses semblent préférables aux injections sous-cutanées. Mais elles ont un autre avantage plus important et plus précieux au point de vue thérapeutique : elles paraissent plus efficaces.

Auparavant, je ne les pratiquais habituellement que tous les deux jours, injectant chaque fois une seringue de Pravaz d'une solution au centième, par conséquent un centigramme de cyanure d'hydrargyre. J'ai eu occasion de remarquer depuis que, dans certaines manifestations oculaires de la syphilis particulièrement graves et à évolution rapide : kératites parenchymateuses, irido-choroïdites malignes, cette dose n'était pas suffisante. L'injection doit alors être répétée tous les jours.

Cette dose journalière d'un centigramme de cyanure d'hydrargyre est bien supportée en moyenne et ne provoque pas d'accidents d'intoxication. Quand on est en présence de lésions intéressant des organes de structure aussi délicats que l'œil ou les centres nerveux, non seulement il importe de guérir le malade, mais le point essentiel c'est de le guérir le plus rapidement possible, de façon à ce qu'aucune lésion destructive ne laisse après elle de désordres irréparables.

Si une cicatrice cutanée n'offre pas de graves inconvénients, une cicatrice rétinienne ou cérébrale peut entraîner à sa suite une infirmité des plus graves. Or, dans tous ces cas menaçants, le traitement de choix me paraît être l'injection intra-veineuse à la dose d'un centigramme de sel mercuriel soluble par jour et répétée tous les jours.

J'ai eu l'occasion de soigner l'année dernière deux malades ayant contracté la syphilis après avoir dépassé la soixantaine. Chez l'un d'eux, atteint d'une double chorio-rétinite spécifique, le réseau veineux superficiel des bras était si peu développé que j'ai renoncé (bien à tort je crois) à lui faire des injections intra-veineuses. J'ai pratiqué des injections sous-cutanées ordinaires de sels solubles et seulement une tous les deux jours. Sa situation allant toujours en déclinant, j'ai voulu voir si les injections de calomel seraient plus efficaces et M. Barthélemy eut l'obligeance de venir à ma clinique pour lui en faire et me montrer la technique qu'il employait. Ces dernières injections furent encore plus mal supportées que les premières et malgré les unes et les autres, je n'ai pu empêcher la destruction des rétines et la perte de la vue.

Chez le second malade, à peu près placé dans des conditions semblables, le réseau veineux superficiel des bras était bien développé, j'ai pratiqué des injections intra-veineuses tous les deux jours. A un moment donné même, voyant que je perdais du terrain, je les ai renouvelées tous les jours; il a fini par guérir en conservant une bonne acuité visuelle.

Macroglossite aiguë streptococcique.

Par MM. SABRAZÈS et BOUSQUET (de Bordeaux).

La glossite hypertrophiante aiguë, glossite profonde ou glossocèle, est connue depuis la plus haute antiquité. Elle était relativement assez fréquente jusqu'à ces vingt dernières années. Elle se développe sous l'influence de conditions étiologiques qui se sont actuellement modifiées avec les progrès de l'hygiène générale et avec la pratique de l'antisepsie de la bouche.

Les diverses modalités sous lesquelles se présente la glossite profonde aiguë sont à l'heure actuelle suffisamment bien connues pour que nous n'y insistions pas ici. Mais l'obscurité la plus complète enveloppe l'anatomie pathologique et la nature intime de ces glossopathies. On ignore s'il s'agit d'un état congestif, d'un œdème aigu, d'une inflammation interstitielle, d'une myosite parenchymateuse.

Le fait que nous résumons ici et qui sera publié en détail, avec micro-photographies à l'appui, dans la *Presse médicale*, vient combler, nous semble-t-il, une lacune dans l'histoire de ces glossites. Il nous a été possible, en effet, non seulement de suivre l'évolution clinique de la maladie, mais encore d'étudier minutieusement les lésions histologiques et de démontrer qu'elles sont, dans le cas particulier, soumis à

notre observation, sous la dépendance d'une infection microbienne à streptocoques.

Une femme, âgée de 39 ans, primipare, indemne de syphilis et de tuberculose, fait une fausse-couche, au 5^e mois, le 3 novembre 1895. Elle a consécutivement des frissons, de la fièvre, des tranchées, de l'albuminurie. Le 5 novembre, M. le professeur agrégé Chambrelent, dans le service duquel elle est placée, pratiqua un curettage. Il survient une broncho-pneumonie, une arthrite subaiguë métacarpo-phalangienne de l'index droit. Le 10 novembre, la température s'élève à 40°. On constate l'apparition d'un énorme développement de la langue qui fait issue hors de la bouche. Cette glossite aiguë hypertrophiante s'accompagne d'une dyspnée croissante. L'inflammation ne se propage pas à l'arrière-gorge.

La malade succombe le 13 novembre dans un état de collapsus cardiaque.

A l'autopsie on constate : des noyaux de broncho-pneumonie, un double épanchement pleural séro-fibrineux contenant des streptocoques, une endocardite tricuspидienne, de gros reins blancs, une glossite profonde de la partie antérieure de la langue qui est triplée de volume.

L'examen microscopique montre une infiltration de la langue par des éléments cellulaires de petit volume, à noyau découpé et par des cellules fixes multipliées. La lésion des fibres musculaires consiste en une prolifération très marquée du sarcoplasme et en une dégénérescence graisseuse de la substance contractile. Ces altérations sont commandées par la présence dans la totalité du foyer de glossite d'amas de streptocoques en courtes chaînettes.

La lésion que nous venons de signaler n'intéressait que la moitié antérieure de la langue et prédominait à la pointe. On est donc autorisé à décrire la glossite profonde de la pointe à côté des autres formes connues, glossite profonde généralisée, hémiglossite, glossite de la base.

Anatomiquement la réalité de la glossite échappe à toute contestation : l'hypertrophie de l'organe est due à une sorte d'injection interstitielle par des leucocytes.

On attribuait autrefois la glossocèle à un œdème aigu ou à un flux congestif intense.

Le fait que nous venons d'exposer ruine cette conception et affirme hautement l'existence d'une réaction inflammatoire de *tous les éléments constitutifs de l'organe malade*. Aussi les termes usuels de glossite interstitielle et de glossite parenchymateuse nous semblent-ils impropres parce qu'ils accordent, dans ce cas, au processus pathologique une électivité qu'il ne comporte nullement.

L'expression de *macroglossite aiguë* cadre mieux avec les données de l'observation microscopique.

L'intérêt de ce cas réside surtout dans la nature streptococcique de

l'inflammation. Ces microbes occupent les espaces conjonctifs, les ectasies lymphatiques, le revêtement épithélial abrasé. Ils manquent ou sont très rares dans les vaisseaux sanguins ; ils forment une épaisse bordure à la périphérie de la langue, dans les parties où la barrière épithéliale est partiellement tombée. Leur émigration, si on tient compte des caractères histo-bactériologiques de la lésion, paraît avoir eu pour point de départ les colonies microbiennes de même espèce superficiellement placées. L'apport des germes ne résulterait pas ici d'embolies microbiennes ; l'infection est vraisemblablement d'origine buccale, soit que les streptocoques normalement contenus dans cette cavité aient acquis une virulence inaccoutumée, soit que ces streptocoques proviennent, par l'intermédiaire des expectorations, des noyaux de broncho-pneumonie préexistants.

Ces lésions ne sont pas sans analogie avec celles de l'érysipèle. S'ensuit-il qu'on doive taxer ces glossites d'érysipélateuses ? Strictement nous ne le pensons pas à moins que, par un singulier abus de langage, on veuille appliquer ce qualificatif à tous les états morbides relevant du streptocoque. A la surface de la peau, l'érysipèle se traduit essentiellement par une inflammation diffuse du derme ; le maximum des lésions s'observe au niveau de la couche dermique la plus superficielle ou papilligère. Cliniquement, la plaque d'érysipèle cutané est d'un rouge écarlate, très douloureuse à la pression ; elle s'accroît excentriquement avec une telle rapidité qu'elle peut couvrir la face et le cuir chevelu en quelques jours. Les ganglions lymphatiques se tuméfient et deviennent douloureux.

Dans notre cas de macroglossite aiguë, la surface de la langue était plutôt pâle et indolore à la pression digitale ; il n'existait pas d'adénite symptomatique. La tuméfaction se confinait étroitement en avant du V lingual jusqu'à la pointe. L'inflammation ne s'étendait pas en surface mais plongeait dans l'intimité de l'organe dont la texture était littéralement bouleversée. Les fibres, musculaires, écartées les unes des autres et comme dissociées, sont doublement altérées dans leur substance contractile en dégénérescence grasseuse et dans leur sarcoplasme dont les noyaux multipliés et, par places, devenus libres se mêlent à l'afflux des leucocytes. Les cellules du tissu conjonctif interstitiel prolifèrent de leur côté et contribuent à grossir le flot montant des éléments infiltrés.

Ce tableau histologique cadrerait aussi bien avec l'hypothèse d'une myosite linguale ou d'un début d'inflammation phlegmoneuse qu'avec celle d'un érysipèle.

En réalité, si l'érysipèle constitue par ses caractères objectifs à la surface de la peau une entité nosologique assez nettement définie, il n'en est plus de même lorsqu'on envisage les infections streptococciques des muqueuses et de leurs tissus sous-jacents. Pour ce qui

est de la glossite hypertrophiante aiguë, alors même qu'elle serait le point de départ d'un érysipèle de la face nous ne nous croirions pas autorisés *ipso facto* à lui donner le nom d'érysipèle de la langue.

L'expression de *macroglossite aiguë streptococcique* que nous avons adoptée nous paraît suffisamment significative et prêter moins à confusion.

De l'origine nasale du lupus de la face.

Par MM. J. MÉNEAU et D. FRÈCHE.

La contagion directe immédiate du lupus de la face, par inoculation, ne fait doute aujourd'hui pour personne. Il en est de même de l'inoculation médiate provenant de foyers tuberculeux ganglionnaires ou osseux voisins.

Le début par le sac lacrymal, signalé par Renouard et Dubois-Havenith, a été surtout mis en lumière par Arnozan (*Archives d'ophtalmologie*, 1891). Cet auteur a, en effet, montré que certains lupus de la face pouvaient se développer à l'occasion et autour d'une fistule lacrymale en évolution ou guérie, cette fistule résultant de la propagation d'un foyer tuberculeux venu de la muqueuse nasale.

Le mécanisme de cette infection est facile à comprendre. Lorsque les lésions lupiques du nez ont envahi les cornets, notamment le méat inférieur, il se produit tout d'abord une oblitération plus ou moins complète du canal nasal qui se traduit par du larmolement.

Si le processus lupique gagne le canal nasal, il pourra déterminer une dacryocystite, et le passage du pus par la fistule ou le point lacrymal inférieur inoculera la peau du voisinage. Quelquefois le lupus né en cet endroit s'étend vers la joue et guérit où il a pris naissance sans laisser de traces appréciables, si bien qu'on peut croire avoir affaire à un lupus primitif de la joue.

Quant au lupus consécutif à une lésion primitive des fosses nasales qui vient se manifester à l'extérieur en contournant les narines et les ailes du nez, son existence est, suivant les auteurs, interprétée d'une façon différente. Sans nier la possibilité d'un lupus primitif de la muqueuse du nez, beaucoup pensent qu'il est très rare et que, dans la grande majorité des cas, il est consécutif à une lésion cutanée.

Dans une note parue au mois de décembre 1896 dans le *Journal des maladies syphilitiques et cutanées*, Audry s'élève contre l'habitude qu'on a de considérer le lupus primitif des fosses nasales comme un mode de début relativement rare. C'est le contraire qui est vrai, dit-il : ce qui est rare, c'est le lupus primitif de la peau.

L'un de nous écrivait (1), au commencement de 1896, à propos des lupus examinés à la Clinique dermatologique de la Faculté : « Le plus souvent il s'agissait de lupus de la face, et l'étude des observations montre qu'il est presque toujours secondaire à une lésion des muqueuses ou des ganglions. Assez souvent il a débuté par le centre de la joue d'une façon tout à fait primitive ; mais la *plupart du temps il paraît avoir été consécutif à des lésions tuberculeuses de la muqueuse des fosses nasales qui ont envahi la peau secondairement par les narines ou les voies lacrymales.* »

Étant donnée l'incertitude qui règne encore sur les modes de début du lupus de la face, il nous a paru intéressant d'apporter quelques nouveaux documents basés sur 121 observations tirées de la Clinique dermatologique de la Faculté de Bordeaux, pendant ces trois dernières années.

De ces 121 observations, nous ne retiendrons que 95 cas ayant envahi la face, ce qui nous donne un pourcentage de 78,51.

Les cas se répartissent ainsi :

Oreille.....	7
Région préauriculaire.....	7
Centre de la joue.....	21
Nez, muqueuse nasale.....	12
— angle interne de l'œil.....	9
Début péri-nasal ou inconnu.....	39

Il ne nous a pas été toujours possible de déterminer exactement le mode de début du lupus du nez, en raison du défaut d'indications précises. Aussi avons-nous indiqué les cas douteux sous la rubrique (début péri-nasal ou inconnu). Malgré la large part que nous avons portée à cette catégorie de lupus nous voyons que le début par la muqueuse nasale nettement confirmé est représenté par le chiffre 20 qui est aussi élevé que celui qui représente le début par les autres points de la face. Si l'on s'en rapporte aux renseignements fournis par le malade, on est tenté d'attribuer la plus grande fréquence au début par un bouton situé sur le lobule, les ailes ou tout autre point voisin de l'entrée du nez. Une enquête plus sérieuse permet néanmoins de voir le rôle que joue la muqueuse nasale dans ce processus, les malades convenant en effet, pour la plupart, avoir été atteints d'hypersécrétion abondante longtemps avant le début de l'apparition des manifestations cutanées. Nous n'en inférons pas assurément que l'hypersécrétion nasale soit une preuve suffisante de lupus de la muqueuse, attendu qu'elle peut se rencontrer dans des affections très différentes (rhinite atrophique, végétations adénoïdes, sinusites diverses, etc.). Il n'en est

(1) DUBREUILH et FRÈCHE. *Archives cliniques de Bordeaux*, janvier 1896.

pas moins vrai que ce symptôme doit être pris en considération, car il constitue en somme l'un des phénomènes primordiaux de la maladie, le diagnostic bactériologique n'étant pas toujours possible ou, dans le cas d'affirmation, étant même insuffisant. Straus a démontré, en effet, que le bacille de Koch peut se rencontrer sur une pituitaire saine et, d'autre part, il est très difficile d'affirmer l'existence d'un lupus lorsqu'il ne se traduit que par une simple irrégularité de la muqueuse. Enfin l'enquête rétrospective de l'origine d'un lupus de la muqueuse nasale est d'autant plus difficile que les malades peuvent l'ignorer complètement tant qu'il ne se traduit que par une hypersécrétion nasale et un peu de gêne de la respiration, qu'ils sont tentés d'attribuer à une toute autre cause. On sait, en effet, que le malade ne vient réclamer les soins du médecin pour une maladie indolore par elle-même et dont il ne peut soupçonner la gravité qu'autant que cette lésion, surtout fréquente chez les femmes, vient se manifester à l'extérieur et menacer de compromettre l'esthétique du visage.

Le début par la muqueuse nasale comprend donc 12 cas auxquels on peut ajouter les 9 cas de lupus débutant par l'angle interne de l'œil. En effet, ces cas ont été précédés de phénomènes inflammatoires du côté du nez qui se sont traduits soit par de l'épiphora, soit par la dacryocystite, troubles qui indiquent que la muqueuse nasale a été primitivement intéressée.

Nous avons ainsi 21 cas de début muqueux du lupus de la face. Ce chiffre est donc aussi fort que celui du début par le centre de la joue.

Quant aux lupus de l'oreille et de la région préauriculaire, chacun ne représente qu'un tiers des cas qui affectent le nez.

Il ne nous a pas été possible de comparer les chiffres de notre statistique avec ceux de Block, Bender, Pontoppidan, Leloir et Audry, n'ayant pu assister au mode de début de la lésion chez tous nos malades.

Nous sommes cependant convaincus que la fréquence du lupus débutant par la muqueuse nasale serait encore plus élevée, contrairement aux opinions des anciens auteurs, d'une part si l'on pouvait déterminer d'une façon précise le lupus de la muqueuse nasale à son début par l'examen rhinoscopique et si, de l'autre, cet examen rhinoscopique était systématiquement pratiqué dans tous les cas.

De plus, nous serions même tentés de voir dans les adénites tuberculeuses du cou, qui parfois aboutissent à du lupus ou à des scrofulodermes, un retentissement de lésions lupiques de la muqueuse nasale confirmées ou qui ont passé inaperçues.



Du lichen plan isolé de la muqueuse buccale.

Par MM. W. DUBREUILH et D. FRÈCHE.

Les lésions buccales du lichen plan sont connues depuis très longtemps, mais seulement à titre d'épiphénomène, et il ne semble pas qu'avant ces dernières années on ait jamais diagnostiqué ces lésions quand elles étaient exclusivement limitées à la muqueuse buccale.

Dans aucun traité classique on ne trouve mentionné le lichen plan à propos du diagnostic de la leucoplasie, parmi les affections qui se manifestent par des plaques blanches dans la bouche. C'est là cependant un diagnostic fort important et quelquefois très difficile, car si l'on n'est pas prévenu de l'existence du lichen buccal isolé, on peut être tenté d'attribuer à la syphilis ou à la leucokératose des plaques blanches des joues et de la langue d'une nature complètement différente.

Wilson, Crocker et un peu plus tard Audry ont rapporté des observations où le lichen plan avait précédé de quelques semaines l'apparition du lichen des téguments. L'un de nous a publié dans le *Journal de médecine de Bordeaux* du 22 juillet 1894 deux cas de lichen plan où les lésions étaient limitées à la cavité buccale ; une autre figure dans la thèse de Gautier (thèse de Bordeaux, 1894). Depuis lors d'autres observations ont été publiées, mais nous croyons qu'il n'est pas sans intérêt de revenir sur ce sujet en raison de l'importance du diagnostic du lichen de la bouche.

OBSERVATION I. — Mme A..., 48 ans, est une femme bien portante, un peu obèse, pas de troubles nerveux marqués, aucun antécédent cutané ; en 1870, éruption érythémateuse généralisée, rubéoliforme qui n'aurait duré que quelques heures, survenue à l'occasion d'une vive émotion.

Les lésions de la langue auraient débuté sans cause connue depuis 2 mois, elle a remarqué à cette époque quelques taches blanches sur le dos de la langue et elle y éprouvait une légère gêne.

Depuis une quinzaine de jours elle éprouve une légère sensation de tension dans les joues et, en y promenant la langue, elle y sent des rugosités.

Actuellement, 4 février 1895, la muqueuse des joues est couverte dans toute son étendue d'une suite de points blanc d'argent, gros comme des têtes d'épingle, ronds, saillants, durs au toucher ; çà et là, on voit des groupes formés par des tractus blancs de 1/2 millimètre de large, saillants, bien limités, ramifiés, arborescents, mélangés de points ronds isolés, ces groupes ne dépassent pas 1 centimètre d'étendue. Au toucher, on sent la muqueuse parfaitement souple dans son ensemble, mais semée de grains très durs et très superficiels donnant une sensation chagrinée.

Les gencives supérieures et inférieures sur les faces interne et externe, le plancher de la bouche, les sillons gingivo-labiaux sont couverts de même

par l'éruption qui est surtout formée de tractus blanc d'argent de demi-millimètre de large, bien limités, durs, saillants, superficiels, tranchant nettement sur la muqueuse saine et donnant au doigt la même sensation de dureté; on n'y trouve que très peu de grains ronds.

Sur le côté gauche du voile du palais et le pilier antérieur gauche, quelques grains blancs très discrets.

Langue. — La face dorsale de la langue est criblée de taches blanches, assez nombreuses pour couvrir le $\frac{1}{4}$ de la surface et disséminées sur toute l'étendue de l'organe. Ces taches blanches varient d'une tête d'épingle à 1 centimètre de diamètre; elles sont très régulièrement arrondies ou un peu ovalaires, leurs contours sont nets sans être abrupts. Elles offrent toutes exactement la même constitution. Leur couleur est d'un blanc d'argent un peu moins éclatant que les points et les traînées blanches de la muqueuse des joues, leur surface n'est pas lisse et l'on distingue très bien les papilles, mais celles-ci sont moins longues et moins distinctes que dans les parties saines. La plaque semble formée par un enduit blanc qui recouvre les papilles et comble leurs interstices; cet enduit, plus mince sur le sommet des papilles, les laisse apparaître comme points très rapprochés plus grisâtres; plus épais dans les interstices, il forme un réseau d'un blanc plus franc entourant les papilles. Au toucher, on constate au niveau de ces plaques une induration très superficielle, la surface de la langue est comme parcheminée sur ces points.

Si l'on examine les plus petites plaques possibles, celles qui ne forment que des points à peine visibles et qu'on ne distingue bien qu'après avoir essuyé la langue, on trouve qu'elles débute soit par une papille qui se distingue de ses voisines par sa blancheur argentée, soit dans leurs interstices, et la tache blanche est étoilée, limitée par 3 ou 4 papilles encore normales; en grandissant, l'enduit blanc couvre les papilles et comble leurs interstices, et dès que la tache atteint la grandeur d'un grain de millet, elle répond à la description des grandes plaques. Il n'y a pas trace de régression au centre des plus grandes plaques.

Sur le tégument, la malade affirme qu'elle n'éprouve pas la moindre démangeaison. On ne découvre rien sur la poitrine ou sur le dos. Sur les bras on découvre quelques papules de $\frac{1}{2}$ millimètre à 1 millimètre de large, un peu saillantes, planes, très discrètes, qui sont peut-être du lichen plan, mais elles ne sont pas assez typiques pour qu'on puisse l'affirmer; en tout cas, elles ne feraient nullement penser au lichen si l'attention n'était fixée par les lésions de la bouche. Elles sont du reste à peine visibles.

Traitement. — Liqueur de Fowler : XV gouttes par jour.

18 février 1895. — La malade se plaint d'un mal de gorge et d'un peu de gêne à la déglutition avec sensation de brûlure descendant dans le pharynx; suivant son expression, il lui semble toujours qu'elle mange des prunelles, cette sensation est diffuse dans toute la bouche et continue. De plus, elle éprouve constamment un goût âpre; elle a la bouche assez sensible aux aliments épicés, le vinaigre, le poivre, le sel lui causent une sensation de brûlure âpre.

A l'examen de la bouche, on trouve que les lésions de lichen plan se sont notablement aggravées.

Sur la langue, les taches qui étaient punctiformes ont actuellement 2 ou 3 millimètres de diamètre, les autres sont devenues confluentes, de sorte que la plus grande partie de la langue est couverte d'une nappe blanche d'un éclat gris perle qui atténue, sans le faire disparaître, l'état velouté de la langue, à la partie antérieure cette plaque offre un contour géographique et sur le quart antérieur on trouve de petites lésions disséminées. L'épaisseur de l'enduit n'a du reste pas augmenté, elle est la même sur la grande nappe confluyente et sur les plus petites lésions, elle est la même au centre de la plaque que sur les bords, conservant une demi-transparence grisâtre et n'offrant nulle part ni l'éclat blanc nacré ni l'opacité des plaques leucoplasiques, n'offrant pas non plus l'état lisse et le large réseau irrégulier des plaques cicatricielles de la glossite syphilitique superficielle. Du reste ni l'une ni l'autre de ces affections n'offrent les contours polycycliques ni les petites plaques rondes isolées du cas actuel. Au toucher, on retrouve la dureté superficielle sans infiltration signalée précédemment.

Sur les joues, les lésions sont plus abondantes, on y trouve relativement peu de points isolés et l'on voit surtout des réseaux ramifiés en feuilles de fougère qui partent des sillons gingivo-géniaux supérieur et inférieur pour s'irradier l'un vers l'autre sans se confondre, de sorte que la partie de la muqueuse génienne qui correspond à l'interstice des arcades dentaires est à peu près indemne.

Sur les gencives, réseaux arborescents assez abondants mais encore limités à la partie buccale des gencives et n'atteignant pas la sertissure des dents. La partie antérieure des gencives (incisives et canines) est à peu près respectée. On retrouve le même réseau sur la face interne des gencives d'où il s'étend sur le plancher de la bouche.

Les piliers antérieurs, surtout à gauche, présentent un semis de granulations blanches dures et saillantes. Un petit groupe de ces grains blancs de 1 centimètre de large à la racine de la lèvre.

Sur les bras et les avant-bras on trouve de chaque côté une demi-douzaine de papules de lichen plan, ces papules ne se voient guère à l'œil nu que comme des points rougeâtres, elles ont pour la plupart moins de 1 millimètre de diamètre, une seule atteint 2 millimètres. Mais l'examen à la loupe y montre tous les caractères de la papule du lichen plan : forme polygonale, surface plane et lisse avec un petit ombilic. Ces papules, si petites soient-elles, sont dures au toucher, le grattage même énergique les fait blanchir mais n'en détache pas de squame.

Je n'ai pas examiné tout le corps. Ni sur les bras ni ailleurs le malade n'éprouve aucune démangeaison.

Traitement. — Liqueur de Fowler en augmentant graduellement la dose.

5 mars. — Les sensations anormales du côté de la bouche ont disparu, le goût âpre dont la malade se plaignait n'existe presque plus.

Cependant, à l'examen de la bouche, il semble que l'éruption s'est plutôt étendue, mais aussi un peu affaissée.

Langue. — Les plaques blanches se sont étendues de façon à couvrir toute la surface dorsale. Toute la langue est couverte d'un enduit blanc grisâtre nacré répondant tout à fait à la description précédemment donnée, c'est une couche gris perle uniforme à peine accidentée par la teinte

plus grise au niveau des papilles, plus blanche de leurs intervalles.

Les joues montrent sur toute leur étendue un semis de points blancs presque confluent; on ne distingue plus d'arborisations, toute la muqueuse est blanc grisâtre ou couverte de points blanc grisâtre du volume d'une tête d'épingle, confluent ou plutôt cohérents: l'aspect d'ensemble est chagriné; au toucher on trouve aussi une surface nettement chagrinée mais dont les saillies paraissent moins dures qu'elles ne l'étaient autrefois. Cela tient peut-être uniquement à leur cohérence, peut-être aussi à ce que leur consistance est réellement diminuée.

La malade affirme que les papules du corps ont disparu.

Quelques accidents d'arsenicisme: un peu de congestion oculaire par moments, des fourmillements des mains et des pieds, la nuit la malade sent ses mains brûlantes surtout à la paume.

Continuer la liqueur de Fowler à la même dose: XXIV gouttes par jour
2 mai 1895. — Le lichen plan forme une nappe étalée sur toute la muqueuse buccale. La langue présente un enduit uniforme sur toute son étendue moins épais que celui qui constituait les lésions du début, comblant les interstices des papilles; sur les joues la muqueuse est uniformément blanchâtre, chagrinée au toucher et à la vue. Les sensations anormales ont diminué; continuer l'arsenic malgré quelques phénomènes d'arsenicisme.

Juillet 1896. — Guérison presque complète; les sensations anormales ont disparu et il ne reste plus qu'une teinte grisâtre générale de la muqueuse buccale.

Octobre 1896. — Depuis un an, et sous l'influence d'un traitement arsenical intermittent, l'amélioration s'est lentement continuée. La teinte grisâtre qui tapissait toute la muqueuse buccale a complètement disparu, la muqueuse des joues, des gencives, du palais, a repris son luisant et sa teinte rose normale. Les sensations anormales ont de même totalement disparu, cependant elles reviennent quelquefois sur la langue.

La langue n'a jamais été complètement nettoyée; les anciennes lésions ont bien disparu, mais il s'en reproduit de nouvelles de temps en temps. Actuellement elle est couverte sur presque la moitié de son étendue de lésions évidemment récentes, le reste de sa surface étant tout à fait normal. Les lésions actuelles forment de petites taches grisâtres irrégulières de quelques millimètres de large mais souvent confluentes en plaques plus étendues, sans saillie ni induration. Ces plaques sont constituées par un enduit blanc grisâtre opaque qui comble les interstices des papilles et recouvre même leur sommet, de sorte qu'il en résulte une surface lisse ou à peine mamelonnée atteignant le niveau du sommet des papilles saines voisines. L'examen à la loupe permet de constater que l'enduit est au début limité ou prépondérant dans les interstices des papilles.

30 Novembre 1896. — Rechute, un grand nombre de petites plaques rondes, blanches, grandes de 2 à 5 millimètres sur la langue, semis de papules blanches sur la gencive qui revêt un point de l'arcade supérieure gauche où les dents manquent. Les sensations anormales reparaissent. L'arsenic atténue en général les lésions mais la malade commence à s'en fatiguer vu qu'elle en prend presque toujours depuis deux ans.

OBSERVATION II. — M^{me} M..., 49 ans, souffre du bord gauche de la langue depuis un mois et demi; la douleur croissant progressivement, elle a regardé et a remarqué sur la partie moyenne du bord gauche de la langue une tache blanche semblable à celle qui existe actuellement. Depuis lors, les taches se sont graduellement étendues en même temps que la douleur s'accusait.

La malade n'a jamais remarqué d'ulcération en ce point et n'a point présenté d'éruption sur le reste du corps, sauf un zona intercostal supérieur droit il y a 5 ans.

Actuellement on voit sur le côté gauche de la langue, près du bord libre et sur la face inférieure, une série de taches d'un blanc mat éclatant. Dans la partie antérieure, on distingue : 1° Sur le bord de la face dorsale de la langue, une tache blanche, ronde, grosse comme un grain de millet. 2° Sur le bord même de la langue, une traînée allongée d'avant en arrière, de 7 à 8 millimètres de long, se ramifiant irrégulièrement à ses extrémités et paraissant un peu bridée, ce qui lui donne l'aspect d'une cicatrice, mais elle s'en distingue par l'épaississement de l'épiderme qui est manifeste et par le fait que cette tache blanche est perforée par quelques papilles fongiformes intactes qui tranchent par leur coloration rosée. Immédiatement en arrière, on trouve une deuxième traînée semblable, un peu plus blanche. Au-dessous et en arrière, sur une longueur de 3 centimètres, existe une nappe blanchâtre, d'un blanc mat dans sa partie supérieure, et qui se limite en bas par un mince cordon blanc, large d'un demi-millimètre, long d'un centimètre et demi, très net et légèrement sailant. Cette traînée représente la nervure d'une feuille de fougère dont les ramifications se disséminent pour former la grande tache sus-indiquée. On voit, en effet, se dirigeant de bas en haut et d'avant en arrière, une série de très fines ramifications blanchâtres, irradiées qui, devenant confluentes à la partie postérieure, donnent une tache d'un blanc mat, parfaitement opaque.

Quand on examine la muqueuse après l'avoir essuyée, on voit que cette tache est constituée par un épaississement de l'épiderme et que sa surface n'est pas luisante comme l'est la muqueuse normale de cette région et comme le serait une cicatrice. Au toucher, l'on remarque une très légère induration superficielle et une très grande sensibilité au contact.

Sur la muqueuse de la joue, autour de l'orifice du canal de Sténon, se trouve une tache de 15 millimètres de long sur 8 millimètres de large. Celle-ci, dirigée d'avant en arrière est formée par un réseau de tractus blancs nettement tracés, entrecroisés en forme de dentelle, assez durs au toucher et laissant entre eux des portions de muqueuse saine dont la rougeur tranche vivement et qui semble à première vue exulcérée. Dans tout le voisinage de cette tache, la muqueuse est un peu rouge et paraît légèrement grenue.

Sur le voile du palais existent deux ou trois taches formées de filaments réticulés en dentelle.

En somme, les lésions du voile du palais, quoique très légères et celles de la joue, ont l'aspect typique du lichen plan. Celles de la langue en diffèrent par la disposition en arborisations très fines au lieu de la disposi-

tion réticulée habituelle et par la très grande sensibilité de la région. Le larynx présente au niveau des aryténoïdes quelques taches blanches qui sont probablement dues au frottement de ces parties l'une contre l'autre, frottement causé par une déviation des cartilages aryténoïdes. Rien sur le reste du corps.

Traitement. — Liqueur de Fowler.

8 juin 1896. — Ils s'est produit quelques accidents d'arsenicisme. Les lésions de la langue et de la joue ont presque complètement disparu. Sur la langue on distingue à peine une légère teinte blanchâtre à l'endroit où les arborisations étaient le plus marquées. Les arborisations elles-mêmes ont totalement disparu; il n'y a plus aucune saillie ni dureté au doigt. Sur la joue on trouve encore une teinte blanchâtre beaucoup moins marquée et moins étendue qu'autrefois. Les douleurs persistent quoique atténuées. Pas de changement dans l'état du larynx.

Le 14 février 1897. — Les lésions ont récidivé aux mêmes points qu'auparavant. Elles ont le même aspect qu'autrefois. La malade se plaint de douleurs au niveau de la plaque sublinguale. Celle-ci n'est pas douloureuse au toucher, mais elle est le siège de douleurs spontanées, assez vives pour réveiller la malade.

OBSERVATION III. — M^{me} G..., 50 ans, est une femme rouge, un peu obèse, qui a présenté quelques douleurs rhumatismales. On ne constate pas chez elle de nervosisme bien marqué. On ne peut déterminer l'époque d'apparition des lésions, celles-ci étant absolument indolores. A peine depuis quelques jours existe-t-il de légers picotements à l'occasion de l'ingestion de liquides acides ou d'aliments épicés.

Sur le côté droit de la langue, existe un placard allongé, irrégulier, de 2 centimètres de long sur 1 de large, blanc, mat, absolument dépapillé, lisse, ne faisant pas de saillie au-dessus des parties voisines et se trouvant au même niveau qu'elles. Les papilles semblent avoir été englobées dans les mailles d'un réseau nacré qui les a recouvertes. Au reste, à la loupe et surtout à la périphérie de la plaque où le processus est en voie d'extension, on peut voir au milieu du reticulum nacré des points arrondis d'un blanc moins éclatant, qui traversent les mailles du réticulum et qui ne sont autre chose que des papilles. Autour de la plaque principale et du côté gauche, existent 3 ou 4 petites plaques arrondies, lenticulaires. Sur ces plaques qui sont absolument lisses et blanches, on aperçoit de petites travées d'un blanc plus éclatant, qui ont circonscrit les papilles. Pas de dureté ni d'infiltration au toucher.

Sur la face interne de la joue gauche, on aperçoit une grande plaque, d'un blanc nacré, qui occupe presque toute la face interne de la joue. Cette plaque, dure au toucher et râpeuse, présente des contours déchiquetés qui lui donnent l'aspect d'une feuille de fougère. Il n'existe pas d'inflammation de la muqueuse autour de la plaque ni dans les espaces compris entre les échancrures; pas de cordons anastomosés. Sur la joue droite, on voit une papule de la grosseur d'une tête d'épingle, arrondie, légèrement conique, dure au toucher. Pas d'autres lésions de lichen plan sur le reste du corps.

Traitement. — Liq. de Fowler : XV gouttes par jour.

30 novembre 1895. — Un mois après le début du traitement on ne constate aucune modification dans l'état des lésions.

22 décembre 1895. — Les lésions ont notablement pâli. La sensation de picotement a disparu. Les cordons blanc éclatant sont remplacés par des travées pâles, grisâtres, souples au toucher.

OBSERVATION IV. — M. L..., 23 ans. Le malade s'est aperçu, il y a un mois environ, qu'il existait un petit bouton blanc de la grosseur d'une tête d'épingle, dur au toucher, sur la face interne de la joue droite. Depuis lors, les lésions se sont étendues sur cette même joue et se sont manifestées sur la joue gauche, il y a 8 jours environ.

Actuellement, il existe sur la face interne de la joue droite 4 petites plaques blanches, deux de la grosseur d'une lentille, deux autres du volume d'un grain de chanvre et de mil.

Ces taches d'un blanc éclatant, à contours assez irréguliers, présentent de petites déchiquetures de 1/4 de millimètre analogues à celles des mousses.

Toute la surface de la plaque n'offre pas une couleur blanche ; il existe des trouées qui laissent apercevoir de petites portions de muqueuse saine. Près de la bordure antérieure de la plaque, on voit, au milieu de la masse blanche, se détacher 2 papules un peu plus saillantes que les portions blanches voisines, dures, qui tranchent par leur couleur d'un blanc plus éclatant.

Dans l'intervalle des 4 plaques, quelques petites papules blanches, dures, un peu plus petites qu'une tête d'épingle. Il n'existe aucune bordure inflammatoire au pourtour des plaques. Celles-ci sont dures au toucher, non infiltrées, rugueuses, lorsqu'on passe le doigt dessus.

Sur la face interne de la joue gauche, on voit 3 petites plaques à peu près de même grandeur que celles du côté opposé et formées par le groupement assez intime d'éléments papuleux initiaux qui laissent entre eux de petites portions de muqueuse saine. En arrière, on trouve quelques papules isolées, légèrement coniques.

Du côté droit, au-devant de la branche montante du maxillaire on aperçoit une petite traînée blanche de 2 ou 3 millimètres coudée à angle obtus, le cordon de 1/4 de millimètre de large est légèrement saillant et dur au toucher.

Pas de douleur ni spontanée, ni au toucher, ni pendant l'absorption de liquides acides. Il n'existe aucune papule de lichen plan sur le reste du corps. Traitement : Liqueur de Fowler.

6 mai. — 15 jours après le début du traitement, les lésions ont pâli beaucoup ; certaines ont disparu. En somme, amélioration considérable.

Les faits que nous venons de passer en revue montrent que le lichen plan isolé de la bouche est relativement assez fréquent, mais qu'il est certainement ignoré de la plupart des praticiens qui le prennent volontiers pour des lésions syphilitiques ou de la leucokératose.

Le lichen plan présente un aspect très différent sur la face dorsale de la langue d'une part et sur le reste de la muqueuse d'autre part.

Sur la langue, il faut le distinguer des plaques muqueuses et de la leucokératose. La plaque muqueuse de la langue forme des plaques

arrondies, légèrement saillantes, grisâtres, mais qui diffèrent de la plaque de lichen par leur teinte plus grise, plus terne, par leur surface papillomateuse, veloutée, plus molle au toucher, plus inflammatoire, plus profondément infiltrée et plus douloureuse.

La leucokératose est d'un diagnostic facile lorsqu'elle se développe sur une langue déjà ravagée par une glossite syphilitique superficielle, mais la difficulté apparaît quand il s'agit d'une leucokératose due, exclusivement ou principalement, à l'usage du tabac et apparaissant sur une muqueuse parfaitement saine. Dans ces conditions, la leucokératose forme, comme le lichen, des plaques blanches, dures au toucher, sans infiltration profonde, indolentes, mais plus blanches, plus brillantes et généralement plus saillantes et plus épaisses que ne l'est la plaque de lichen.

Si l'on examine les lésions très jeunes et à la loupe, après les avoir essuyées, on constate que le lichen plan commence par un enduit grisâtre au fond des espaces inter-papillaires, qui, s'élevant peu à peu, finit par noyer la papille, de sorte qu'à un moment donné on voit un réseau très fin dont chaque maille est occupée par un point légèrement rosé, correspondant au sommet d'une papille.

Dans la leucokératose pure, les lésions débutent par un point blanc brillant qui coiffe le sommet d'une ou de plusieurs papilles voisines, puis d'une papille à l'autre se forme une petite traînée, d'un blanc pur, large d'un demi ou d'un quart de millimètre, formant comme un réseau dont les sommets papillaires constituent les nœuds. Finalement, ces petites traînées se multipliant et s'élargissant, tout se confond en une plaque opaque, blanche et mamelonnée.

Pour les autres parties de la muqueuse et notamment pour les joues, le diagnostic est sensiblement plus facile, en raison de l'aspect caractéristique de la lésion du lichen plan génien. Ces grains ronds, d'un blanc d'argent, ces réseaux de fin tractus anastomosés ou arborescents, si nettement limités, si durs au toucher, sans aucune inflammation ni infiltration de la muqueuse voisine ou sous-jacente, ne ressemblent à aucune autre lésion connue. Signalons cependant, comme pouvant créer une difficulté pour un œil peu exercé, la leucokératose et les cicatrices. La leucokératose des joues part presque toujours de la commissure où elle atteint son maximum en s'étendant plus ou moins loin en arrière. Elle forme une plaque unique, à contours dégradés, à surface presque uniforme, d'un blanc éclatant, très finement grenue, coupée de quelques fissures ou plis très étroits et largement espacés. La plaque de leucokératose est d'un seul tenant et l'on ne trouve pas dans son voisinage de traînées ou de grains disséminés comme dans le lichen.

Les cicatrices consécutives à des lésions syphilitiques ou surtout à la stomatite ulcéreuse, forment souvent des traînées blanches rami-

fiées, siégeant de préférence au niveau de l'interstice des arcades dentaires ou au voisinage des dernières molaires. Ces traînées sont plus larges, moins bien limitées, moins saillantes, et forment des réseaux moins compliqués que le lichen plan. Elles exercent une traction manifeste sur les parties voisines de la muqueuse, elles sont moins dures au toucher et parfaitement immuables, tandis que le lichen plan est toujours plus ou moins modifié par le traitement arsenical.

Quant aux plaques leucoplasiques des verriers elles présentent une teinte grisâtre générale, avec des craquelures dues aux distensions répétées de la muqueuse qui ne rappellent en rien les lésions du lichen plan.

Cas de trophonévrose cutanée.

Par M. CRUYL (de Gand) (1).

La nommée H..., Louise, âgée de 25 ans, mariée, mère d'un enfant, fréquente depuis plusieurs années ma visite à l'hôpital. Elle n'a pas d'antécédents morbides personnels ni héréditaires, mais elle est très nerveuse et offre tous les caractères de l'hystérie: sensation de boule hystérique, de céphalalgie localisée, etc.

En 1894, à la suite de chagrins, elle vit apparaître pour la première fois une éruption sur le bras gauche, éruption caractérisée par des excoriations allongées situées le long des nerfs et laissant suinter un liquide clair. La longueur des lésions était de 3 à 4 centimètres, leur largeur de 2 centimètres. Toutes n'apparaissaient pas en même temps mais dans un espace de temps de quatre à six jours. Elles exigeaient une quinzaine de jours pour aboutir à leur guérison. Pendant la même année la même manifestation cutanée se présenta quatre fois à la suite d'émotions diverses. En 1895, la malade eut trois atteintes, une seule fois la jambe gauche en fut le siège, les autres fois l'éruption se faisait le long des nerfs du bras. Voulant me rendre compte de la marche de cette singulière affection, je priai la malade de se présenter à ma visite dès qu'elle en ressentirait les prodromes ordinaires.

Ceci arriva en mai 1896. A la suite d'une violente émotion, notre patiente se trouve prise de lassitude générale, d'abattement, de douleurs dans le bras gauche; elle accuse une grande fatigue, n'a pas d'appétit, se plaint d'éblouissements et semble fort anémiée. Croyant l'apparition de son éruption habituelle imminente elle se rend à notre visite.

Ainsi nous pouvons nous rendre compte *de visu* de la façon dont elle se produit. Aux points où quelques instants avant la malade sentait de la

(1) Photographies déposées dans le Musée de l'hôpital Saint-Louis (Collection de la Société de Dermatologie).

cuisson et du prurit se dessinent peu à peu des plaques erythémateuses qui sont le siège d'assez fortes douleurs.

Peu à peu l'épiderme se soulève et dans la bulle ainsi formée se produit un liquide clair mais légèrement brunâtre, puis il semble y avoir une fonte, une dissolution de l'épiderme et il se produit une plaque excoriée (longue de 3 à 4 centimètres sur 1 à 2 centimètres de largeur) siège d'une hyperesthésie très marquée. Cette fois-ci l'éruption, qui avant ne s'est montrée qu'aux bras, le long des nerfs du plexus brachial et à la jambe s'est établie aussi à la figure dans le territoire du nerf facial, les autres fois l'éruption n'était pas symétrique, aujourd'hui les deux côtés du visage sont atteints. Depuis novembre 1896, notre malade a présenté une récurrence de l'éruption. Chaque atteinte dure de huit à quinze jours.

Je crois qu'il s'agit d'une affection cutanée trophonévrotique. En effet, notre malade est certainement atteinte d'hystérie, la maladie est provoquée par des émotions et toujours nous trouvons comme cause cette étiologie de l'éruption. Comme vous pouvez en juger par les photographies que je vous ai fait passer, elle se produit nettement dans les territoires nerveux et suivant le trajet des nerfs trijumeau, facial, cubital et radial.

Quant au traitement nous avons essayé : les bromures, la belladone, la valériane et l'électricité, etc. Ce qui nous a donné les meilleurs résultats ce sont les pansements humides légèrement antiseptiques, eau boriquée, liquide de Burrow, au moyen desquels les ulcérations se guérissaient le plus vite.

Circuncision incomplète produite par des excroissances verruqueuses du sillon balano-préputial.

Par MM. ALEX. RENAULT et TISSOT.

Voici un homme de 49 ans, qui porte dans le sillon balano-préputial des excroissances verruqueuses, dont le développement a produit des lésions singulières.

Cet homme, que ces productions morbides ne gênent nullement, est entré à l'hôpital Ricord pour une toute autre cause (un œdème variqueux des membres inférieurs). Ce n'est qu'en procédant à l'examen entier du sujet que l'on s'est aperçu de ces papillomes sur lesquels il ne croyait pas utile d'attirer l'attention.

Ceux-ci ont apparu à l'âge de 19 ans. Discrets au début, ils ont augmenté peu à peu de nombre et de volume.

Il en est résulté d'abord une distension considérable du prépuce, accompagnée de phimosis et de balanite.

Sous l'influence d'un traitement approprié, ces derniers accidents ont promptement disparu ; mais la distension du sac balano-préputial a continué de s'accroître et à l'âge de 25 ans, les productions verruqueuses ont perforé le prépuce en plusieurs points.

Depuis, le travail de destruction a procédé avec lenteur, mais sans arrêt, à telle enseigne que les deux tiers du prépuce ont fini par être sectionnés complètement et éliminés, il y a trois ans environ.

Tout ce processus s'est accompli sans causer la moindre douleur, ni même la moindre gêne au patient.

On peut aisément constater aujourd'hui une circoncision incomplète et irrégulière, comprenant environ les deux tiers du prépuce. Quelques excroissances verruqueuses persistent encore dans le sillon balano-préputial. Ces excroissances, peu volumineuses d'ailleurs, ont l'aspect morphologique des végétations vulgaires. Leur base d'implantation est faiblement adhérente. On voit même deux petites traînées rougeâtres, indices de la chute récente et spontanée de plusieurs d'entre elles.

On aperçoit enfin, à la limite des productions morbides, un petit lambeau conique cutanéomuqueux, qui ressemble à une verge minuscule. Cette saillie n'est autre chose qu'un débris du prépuce, irrégulièrement sectionné par le travail destructeur.

Le malade attribue, avec juste raison, ces productions végétantes à la contagion, produite par des verrues multiples, qu'il portait aux doigts dans sa jeunesse, verrues qui se trouvaient en contact avec la verge à l'occasion de la miction. Cet exemple est une preuve de plus en faveur de l'auto-inoculabilité de cette variété de papillome dont la transmission s'effectue probablement par l'intermédiaire d'un micro-organisme, encore inconnu à l'heure actuelle.

M. DEBUCHY, pharmacien à Paris, envoie une note sur la **préparation de quelques emplâtres et sparadraps médicamenteux**. (Déposée dans les archives de la Société.)

Élections.

Au cours de la séance, il a été procédé aux élections annuelles pour le renouvellement du Bureau et du Comité de direction. Ont été élus :

Président : M. ERNEST BESNIER.

Vice-présidents : MM. A. FOURNIER, CH. MAURIAC, A. DOYON.

Secrétaire général : M. HALLOPEAU.

Trésorier : M. DU CASTEL.

Membres du Comité de direction : MM. BALZER, BROcq, GAUCHER, LE PILEUR, TENNESON.

Secrétaires annuels : MM. BRODIER, DUBREUILH (de Bordeaux), JEANSELME, LEREDDE, PERRIN (de Marseille), L. WICKHAM.

Ont, en outre, été nommés :

Membres titulaires : MM. FRÈCHE (de Bordeaux) et RAYNAUD (d'Alger).

Membres correspondants : MM. VON DÜRING (de Constantinople) et VAN HOORN (d'Amsterdam).

Le Secrétaire,

LEREDDE.

SÉANCE DU 20 MAI 1897

Présidence de M. Ernest Besnier.

SOMMAIRE. — Ouvrages offerts à la Société. — Allocution de M. Besnier. — Notice sur Henri Feulard, par M. HALLOPEAU. — Récidives in situ d'accidents tropho-névrotiques dans la seconde année de la syphilis, par M. LE PILEUR. (Discussion : MM. BARTHÉLEMY, MOREL-LAVALLÉE, BAUDOIN, LE PILEUR.) — Lymphangiectasie dermique spontanée de la face, par MM. BALZER et GRIFFON. — Tuberculose cutanée notablement améliorée par des injections de calomel, par M. FOURNIER. (Discussion : MM. AUGAGNEUR, GALEZOWSKI, JACQUET, SABOURAUD, FOURNIER, NICOLAS.) — Impétigo et ulcérations hémorragiques de la peau chez un nourrisson phthisique, par M. AUDRY. — Eczéma séborrhéique sur une cicatrice, par M. AUDRY. — Note sur un bouton d'Alep, par MM. BROcq et VEILLON. (Discussion : MM. MOTY, BROcq, HALLOPEAU, AUGAGNEUR, NICOLAS, SABOURAUD, BESNIER, VEILLON.) — Psoriasis invétéré traité par l'acide cacodylique, par M. DANLOS. (Discussion : M. BESNIER.) — Vergetures syphilitiques en plaques ovalaires, par M. DANLOS. (Discussion : MM. DARIER, WICKHAM, BALZER, THIBIERGE, FOURNIER.) — Deux cas de syringomyélie à type Morvan, par MM. GASTOU, LESNÉ et DOMINICI. — Hérédo-syphilis; dactylite syphilitique, par MM. GAUCHER et BARBE. — Cas probable de lèpre bretonne, par M. HALLOPEAU. (Discussion : M. BESNIER.) — Quatrième note sur un cas de mycosis fongoïde (éruptions psoriasiformes; néoplasies sous-cutanées; lésions rénales; tentatives d'inoculation à un macaque), par MM. HALLOPEAU, BUREAU et WEIL. Note concernant les alopecies et les séborrhées, par M. SABOURAUD.

Ouvrages offerts à la Société.

DARIER et CHICOTOT. — *Observations dermatologiques*. Avec photographies. 1 vol. in-8°, 1896.

BARRETO. — *L'Emphysème sub-cutané aigu généralisé*. Broch. in-8°. Saint-Paul, Brésil, 1897.

J. RILLE. — *Ueber Psoriasis vulgaris in frühen Kindesalter*. Broch. in-8°, Wien, 1895.

— Bartholinitis und Leistendrösen. Ext. : *Arch. f. Dermat.* Wien., 1895.

— George Lewin † Ext. : *Wiener klin. Wochenschrift*, 1896.

— Ueber Behandlung Syphilis mit Kaliumquecksilberhyposulfid. Ext. : *Wiener medizinische Presse*, n° 3-6, 1896.

— Ueber morphologische Veränderungen des Bultes bei Syphilis und einigen Dermatosen. Ext. : *Wiener klinische Wochenschr.*, 1893, n° 9.

- Ueber einen durch Jodkalium geheilten Fall von Hautaktinomykose. Ext. : *Verhandlungen des V. Deutschen Dermatolog. Congresses*.
- Zur Aetiologie der Bubonen. Ext. : *Verhandlungen des V. Deutschen Dermatolog. Congresses*.
- Ueber Behandlung der Syphilis mit Jodquecksilberhämol. Ext. : *Arch. f. Dermat. und Syphilis*, 1896, Band XXXIV. Heft 2.
- MIBELLI. — L'etiologia e le varietà delle cheratosi. Ext. : 3^e congrès de dermatologie, tenu à Londres, 4 août 1896, Milano.
- Sopra le varie forme de Prurigine. Ext. : *Clinica Moderna*, anno 1, n. 11, Firenze, 1896.
- Contributo allo studio dell' idroa vacciniiforme di Bazin. (Milano, 1896.)
- MÉNEAU. — De l'érythème induré des jeunes filles. Ext. : *Archives cliniques de Bordeaux*, 1897.

MORT DU DOCTEUR HENRI FEULARD

M. ERNEST BESNIER. — Messieurs, le samedi 8 mai, la Société française de dermatologie tout entière a rendu solennellement les derniers devoirs à notre malheureux collègue, à jamais regretté, HENRI FEULARD; c'est en votre nom à tous que je lui ai adressé le dernier adieu (1), et c'est avec la plupart d'entre vous que j'ai assisté au service

(1)

Cimetière Montmartre, le 8 mai 1897.

Aucune parole humaine ne saurait exprimer la douleur cruelle qui nous étreint, les uns et les autres, depuis l'épouvantable catastrophe dans laquelle HENRI FEULARD a péri aux côtés de sa fille bien-aimée!

Ce n'était pas assez qu'il eût déjà été frappé cruellement par la perte successive de deux enfants adorables, voilà que la fatalité implacable le renverse brutalement à l'heure précise où, pour la première fois, l'avenir semblait enfin s'ouvrir consolant devant lui!

Quelques minutes ont suffi : Le père et l'enfant chérie sont perdus à jamais, et la mère infortunée, brûlée grièvement, reste seule en vie pour souffrir une torture morale atroce, cent fois pire que la mort! Cruauté de la vie! Jamais l'âme humaine ne l'acceptera sans horreur et sans révolte!

D'une bonté et d'une probité sans égales, HENRI FEULARD était plein d'ardeur et d'enthousiasme pour le bien et pour le juste; dévoué à ses maîtres, et fidèle à ses amis; utile à tous, il était serviable aux malheureux!

Dans notre grand hôpital Saint-Louis, son séjour d'adoption, dans notre incomparable Musée qu'il avait réorganisé, dans la merveilleuse Bibliothèque spéciale qu'il y avait créée, dans notre Société de dermatologie, ainsi que dans nos grands Congrès internationaux, et ailleurs encore comme on va le dire, partout où il a passé, il a marqué en traits ineffaçables l'empreinte de son génie organisateur sans pareil! Partout, comme s'il eût pressenti qu'il serait renversé avant l'heure, il avait réalisé ses plans avec une ardeur fiévreuse, en dépit de tous les obstacles, sans relâche ni délai! Combien d'autres conceptions encore germaient dans son cerveau fécond et généreux, qu'il eût certainement exécutées.

Mais ce n'est pas ici le lieu de dire tout cela. Au bord de cette tombe, dans

religieux, célébré en l'église de la Madeleine, le samedi 15 mai, pour toutes les victimes de la catastrophe du Bazar de la Charité appartenant au Corps médical (1). Pour témoigner une fois de plus de notre douleur et en signe de deuil, la séance régulière du jeudi 13 mai n'a pas été tenue.

Enfin, Messieurs, je m'empresse de vous informer que, d'après le vœu exprimé par nous, et sur un avis au Conseil de l'Assistance publique. M. Peyron a décidé que la bibliothèque médicale de l'hôpital Saint-Louis porterait le nom de Bibliothèque HENRI FEULARD.

Que le Conseil, et M. le Directeur PEYRON veuillent bien agréer l'expression de toute notre gratitude pour cet acte de haute justice!

De tous les points de l'étranger sont parvenus, à la veuve infortunée, et à nous-mêmes, des témoignages aussi nombreux que touchants, de la sympathie de nos confrères en dermatologie; nous ne pouvons ici les rapporter; mais, tous, ils sont pieusement réunis pour être remis entre les mains de Madame Feulard. Et de tous les pays également, la Société française de dermatologie a reçu, officiellement, des Sociétés de dermatologie (2) les manifestations les plus expressives

cette heure lugubre, je n'ai plus de forces que pour renouveler encore un cri de douleur, et pour dire à HENRI FEULARD le dernier adieu, au nom de ses maîtres et de ses amis, au nom de l'Hôpital Saint-Louis tout entier!

Dors en paix ton dernier sommeil, cher et malheureux ami! Ton nom est, à jamais, inscrit dans notre Livre d'Or, et ta mémoire restera dans le cœur de tous ceux qui ont vécu de ta vie!

Notre seule consolation, en ce moment suprême, est d'espérer que le témoignage solennel de notre douleur à tous, et que tant de sympathies partout exprimées, apporteront dans l'avenir, avec l'aide de Dieu, quelque soulagement au désespoir de l'infortunée, de la vaillante, de l'admirable compagne de ta vie!

Adieu Henri Feulard! Adieu!

ERNEST BESNIER.

(1) La Société de dermatologie a pris part à la souscription ouverte par un Comité de médecins dans le but d'instituer un service religieux funèbre pour toutes les victimes de la catastrophe appartenant à la famille médicale.

(2) *Société viennoise de dermatologie.* — M. le Professeur KAPOSI, président. Séance du 20 mai 1897.

« Honorés collègues, avant d'aborder l'ordre du jour, j'ai la profonde douleur de vous rappeler le sort tragique dont a été victime notre très estimé confrère, et membre correspondant le docteur HENRI FEULARD!.....

« Feulard était un dermatologiste très distingué. Ses travaux prouvent qu'il connaissait très bien notre science, et qu'il avait des vues étendues; ses descriptions étaient claires et son style brillant. Notre science, enrichie par un certain nombre de ses travaux, espérait qu'il n'en resterait par là. C'est dans ce sens, aussi, que les savants de son pays l'avaient en haute estime. Il avait un talent remarquable d'organisation, dont il fit preuve dans une série de circonstances, notamment dans les fonctions de Secrétaire général du 1^{er} Congrès international de Dermatologie — 1889 — ce qui fera d'autant plus regretter sa perte pour le Congrès de 1900. C'est à son zèle et à la confiance de ses collègues parisiens que

de la douleur éprouvée à la nouvelle de la mort cruelle de notre malheureux collègue !

Que nos confrères en dermatologie de tous les pays, que tous nos collègues des Sociétés dermatologiques veuillent bien nous permettre de leur adresser, aujourd'hui, à tous, l'expression de notre vive et profonde reconnaissance ! Jamais il n'a été donné consécration plus

l'on doit la rédaction du catalogue du Musée de l'hôpital Saint-Louis, dont il était l'administrateur. Nous avons eu l'occasion, au Congrès de 1889, de faire la connaissance de Feulard et d'apprendre à connaître son caractère essentiellement affable et sa culture intellectuelle fine et élevée. C'est ainsi qu'à l'occasion du Congrès de Vienne de 1892, il s'était acquis les sympathies de tous les collègues viennois et étrangers et qu'il avait noué des relations d'amitié qui resteront fidèles à son souvenir. »

« Honneur à sa mémoire. »

En transmettant officiellement le texte de son allocution au président de la Société française de dermatologie, M. le président Kaposi exprime la pensée que cette communauté de sympathie pour notre malheureux collègue est une nouvelle preuve de l'entente cordiale qui unit nos deux sociétés.

A la cérémonie funèbre, notre cher collègue M. Jullien, au nom de MM. les professeurs KAPOSI, LANG, NEUMANN, HEBRA, SCHIFF, et de beaucoup d'autres collègues, a déposé une couronne où se mêlaient les couleurs nationales d'Autriche et de France.

Société berlinoise de dermatologie. — M. le professeur LASSAR, président :

« Les membres de la Société berlinoise de dermatologie ont l'honneur de vous adresser l'expression de leur profonde douleur, et prennent une vive part à la vôtre. Tous ceux qui ont connu le défunt se réunissent en ce moment pénible pour plaindre la famille d'un homme qui a possédé l'amitié de tout notre monde scientifique.

« La Société berlinoise de dermatologie m'a chargé de vous prier de vouloir bien déposer en hommage cette couronne sur le cercueil de notre bien regretté confrère ! »

M. le Dr ROSENTHAL, vice-président de la *Société berlinoise de dermatologie* :

« HENRI FEULARD a été estimé au delà des frontières de votre pays, partout où la science dermatologique est cultivée, par son savoir approfondi, son amour constant du travail, et du progrès, et pour sa grande affabilité personnelle....

« ... Veuillez accepter, Monsieur le Président, l'expression de ma profonde sympathie personnelle, et la transmettre aux Membres de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie.

Société de dermatologie hongroise. — M. le Professeur SCHWIMMER (de Budapest), président.

« ... Permettez-moi, cher collègue, de vous transmettre, au nom de la *Société de dermatologie hongroise*, l'expression de notre sympathie douloureuse pour la grande perte que nous avons subie par la mort qui a cruellement privé le corps médical d'un membre si estimé ; et veuillez bien avoir l'obligeance de faire part à la *Société française de dermatologie* de l'expression de notre douleur. »

Société de dermatologie de Moscou. — M. le Professeur POSPELOW, président, a envoyé à M^{me} Feulard, et à la Société française de dermatologie, au nom de la

éclatante de l'admirable solidarité de la famille dermatologique internationale !

Je donne à présent la parole à M. le secrétaire général Hallopeau pour retracer les traits principaux de la vie médicale du collègue que nous pleurons.

Notice sur Henri Feulard.

Par M. H. HALLOPEAU.

C'est avec stupeur et la douleur la plus profonde que chacun de nous a appris la mort soudaine de notre cher collègue Feulard dans l'épouvantable drame du Bazar de la Charité : c'est un deuil personnel pour tous ceux qui ont pu le connaître et apprécier sa droiture, son excellent cœur, sa grande intelligence, sa puissance de travail, son dévouement à ses amis et à la chose publique.

La Société française de dermatologie et de syphiligraphie perd en lui un de ses membres les plus actifs et le plus efficacement dévoués à ses progrès : après avoir été l'un de ses fondateurs et de ses premiers secrétaires, il était devenu son archiviste en même qu'il dirigeait la publication de ses travaux comme secrétaire de la rédaction des *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*.

Société de dermatologie de Moscou, un télégramme témoignant de la grande part prise à la douleur commune par tous ses collègues, et par lui-même.

M. le Professeur NEISSER, de Breslau.

«..... Je m'empresse de vous dire combien la mort subite, et qui s'est faite dans des circonstances tellement effroyables, de notre cher M. FEULARD me cause une peine profonde. Voilà un grand talent et une cordialité exquise, que nous, Allemands, pleurons avec vous en vive sympathie, et en profonde et sincère douleur.

« Veuillez, mon très honoré confrère, être mon interprète compatissant auprès de la famille du pauvre docteur Feulard, aussi bien qu'auprès de tous mes confrères de la *Société de dermatologie*. »

M. le professeur T. de AMIOIS, de Naples.

« Je m'associe au deuil de l'École dermatologique de Paris pour la perte douloureuse qu'elle vient de faire d'une manière si cruelle ! »

Société dermatologique de Londres. — Président, M. MALCOLM MORRIS.

M. J.-J. Pringle, chargé de transmettre à Madame Feulard les condoléances de la Société :

«..... A la dernière séance de la Société dermatologique de Londres, j'ai été prié de vous offrir, de la part de la Société, l'expression de la plus vive sympathie dans la douleur qui vient de vous frapper d'une façon si horrible et si tragique.

La perte pour la dermatologie nous paraît irréparable ; et plusieurs membres de la Société de dermatologie ont exprimé le sentiment d'avoir perdu un ami sincère, droit, honorable, et noble sous tous les rapports..... »

Il nous est enlevé dans la force de l'âge : né à Paris le 20 mai 1858, il était de famille médicale ; son père était un des praticiens les plus honorés et son grand-père maternel, Honoré Duclos, avait eu la médaille d'or de l'internat ; il a donc suivi ses traditions de famille en choisissant notre carrière ; il devait y être servi par sa physionomie ouverte et sympathique, son regard franc et doux, sa remarquable facilité de parole et de plume et son jugement sûr ; je puis donner le témoignage que, dès 1877, il frappait ses juges au concours de l'externat par son rare talent d'exposition.

Reçu interne en 1881, il a eu la bonne fortune d'obtenir en 1884 une place à Saint-Louis dans le service de Vidal : il devenait dès lors dermatologue passionné et, depuis cette époque, il a toujours travaillé dans la même direction.

Nommé successivement chef de clinique, d'abord adjoint, puis titulaire, il concourait en 1892, après avoir rempli ces fonctions pendant cinq années, pour une place de médecin de l'infirmerie de Saint-Lazare et l'emportait haut la main.

Les services qu'a rendus Feulard à la dermatologie dans sa trop courte carrière sont très divers, car il y avait en lui, non seulement un médecin, mais aussi un administrateur doué d'un talent d'organisation que notre président a pu, à juste titre, qualifier de génial, un professeur et un écrivain.

Assidu aux séances de notre Société, il y a fait connaître les nombreux faits intéressants qu'il lui a été donné d'observer successivement comme interne, comme chef de clinique, comme médecin de Saint-Lazare et comme chargé des fonctions d'assistant pour la dermatologie à la Clinique infantile du professeur Grancher. Il a également fait d'importantes communications aux trois Congrès internationaux de dermatologie.

Nous mentionnerons plus particulièrement plusieurs études sur le *lichen de Wilson* : il propose, avec raison, d'employer cette dénomination au lieu et place de celle de lichen plan mal appropriée à une dermatose dont les lésions peuvent former des saillies considérables ; il a mis en relief l'importance des manifestations buccales de cette maladie qui restent les mêmes alors que les modalités symptomatiques varient du tout au tout du côté du tégument externe ; il a, le premier, décrit la forme en nappe du lichen lingual ; il a montré combien le lichen des lèvres peut offrir de ressemblance avec le lupus érythémateux ; en faveur de la théorie tropho-névrotique de cette affection, il a publié un fait dans lequel elle est restée limitée à la sphère de distribution d'un même tronc nerveux et un autre dans lequel elle s'est manifestée à la suite d'une vive émotion.

On doit à Feulard d'importants travaux sur les teignes et, en premier lieu, sa thèse inaugurale intitulée : *Teignes et teigneux, histoire*

médicale et hygiène publique, puis une importante communication au Congrès dermatologique de Vienne sur le favus et la pelade en France de 1887 à 1892 ; il y a particulièrement mis en évidence la transmission de la pelade dans les régiments par l'emploi de la tondeuse.

L'un des premiers, il a fait connaître l'existence de troubles psychiques chez les sujets atteints d'adénomes multiples au visage. On lui doit d'avoir publié le premier en France une observation d'urticaire pigmentée. Il a appelé l'attention sur les difficultés que peut offrir chez l'enfant le diagnostic entre l'eczéma séborrhéique et la dermatite exfoliatrice.

Dans un travail sur un cas de scrofulo-tuberculose à manifestations multiples, il a, l'un des premiers, fait mention de petites folliculites simulant le lichen scrofulosorum.

Nous signalerons encore, parmi ses présentations, celles sur les prurigos où il a signalé l'influence des troubles digestifs consécutifs à une alimentation excessive ou vicieuse et donnant lieu à la dermatose par l'intermédiaire de toxines, sur les infections que peut entraîner à sa suite l'impétigo, sur les manifestations oculaires de la fièvre herpétique, sur l'érythème induré des jambes chez les jeunes filles, sur les xantomes juvéniles, sur l'éruption papuleuse d'aspect vaccini-forme ou syphiloïde de la région génitale chez les enfants, sur le ramollissement de nodosités consécutives à un érythème induré, sur le myxœdème congénital, sur l'iodisme et le bromisme cutanés, sur la valeur thérapeutique des injections de sérum de chien chez les syphilitiques, sur le traitement des verrues planes juvéniles, sur le rôle de la varicelle comme porte d'entrée de la tuberculose, sur la dermatite pustuleuse chronique en foyers à progression excentrique.

Une grande partie des publications de Feulard ont trait à la syphilis: les plus importantes sont ses études sur la durée de la période contagieuse de cette maladie dans lesquelles il montre que le tertiarisme lingual et buccal peut donner lieu à la transmission de l'infection et que le tabac peut en pareil cas favoriser le développement des érosions contaminantes, le relevé des chancres extra-génitaux observés dans le service de M. Fournier de 1885 à la fin de 1891, des notes sur les tumeurs syphilitiques des muscles, la fréquence de leurs localisations dans les sterno-mastoïdiens et le torticolis qui en résulte, sur la syphilis pulmonaire simulant la gangrène et la tuberculose, sur différentes formes de la syphilis héréditaire et sur ses stigmates, sur la conduite à tenir par le médecin dans les cas de loi de Colles observés chez des nourrices, sur la pratique courante des injections de calomel et la puissance de leur action.

En dehors de ses communications à notre Société et aux Congrès, Feulard a rédigé l'article *Herpès* du Dictionnaire encyclopédique,

un mémoire communiqué à l'Académie de médecine sur les *gommessyphilitiques*, le texte de sept fascicules du Musée de l'hôpital Saint-Louis intitulés : *Érythème purpurique en plaques à poussées successives, gommessyphilitiques de la cuisse, psoriasis, mycosis à tumeurs d'emblée, syphilis gangréneuse, érythème iris et gale pustuleuse*.

Après les publications de l'éminent observateur, nous devons mettre en relief les inoubliables services que Feulard a rendus comme organisateur et administrateur.

Chargé en 1889 par les médecins de Saint-Louis d'y installer une bibliothèque et d'en assurer la bonne administration, il y a successivement classé et catalogué par ordre de matières et par ordre alphabétique les volumes dont il s'est constamment attaché à augmenter la valeur et le nombre; c'est grâce à lui surtout que cette collection en contient aujourd'hui plus de 15,000 et qu'elle rend journellement d'importants services aux médecins et aux étudiants qui s'occupent des études dermatologiques.

En 1894, Feulard a été nommé administrateur du Musée; il y a continué l'œuvre de Lailler et, dès 1889, toutes les pièces y avaient été à nouveau classées et leur catalogue avait été publié par ses soins; tout récemment il communiquait aux médecins de Saint-Louis un projet d'installation et d'organisation du laboratoire de photographie qui sera d'une si grande utilité pour conserver, au grand profit de la science et des études médicales, l'image des nombreuses dermatoses que leur étendue ne permet pas de représenter par des moulages, et il obtenait l'assentiment unanime pour les points essentiels.

Ses rares qualités d'organisateur, ainsi que son esprit d'initiative, avaient désigné Feulard pour remplir, en 1889, les délicates fonctions de secrétaire général du premier Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie : tous ceux qui y ont pris part ont rendu justice aux grands services qu'il y a rendus; peu de mois après, il faisait paraître le compte rendu in-extenso de toutes les communications et discussions qui y avaient eu lieu.

Depuis ce Congrès, le nom de Feulard est resté populaire parmi les dermatologues de tous pays : nous en avons pour témoignages l'accueil chaleureux qu'a reçu notre si regretté collègue lorsqu'il a représenté la France en qualité de secrétaire aux Congrès de Vienne et de Londres, et surtout la vive émotion que sa perte soudaine a soulevée parmi nos collègues étrangers, et dont la Société vient d'entendre l'expression par les lettres profondément attristées que les plus éminents d'entre eux nous ont adressées.

L'on sait que le comité de direction chargé de préparer l'organisation du Congrès de 1900 avait encore, à l'unanimité, choisi Feulard comme secrétaire général.

Les questions d'assistance publique devaient nécessairement inté-

resser Feulard à un haut degré ; on lui doit particulièrement, à cet égard, d'excellents articles sur l'organisation municipale du traitement des teignes.

Ajoutons que Feulard a mis au service de l'enseignement ses dons d'orateur et de professeur en instituant une clinique libre de dermatologie dans le service de M. Grancher et, tout récemment, en créant, avec ses collègues de Saint-Lazare, un enseignement collectif des maladies vénériennes.

Feulard avait aussi un goût marqué pour tout ce qui concernait l'histoire médicale ; c'est ainsi qu'on lui doit, outre son histoire des teignes, une *histoire de la fondation de l'hôpital Saint-Louis*, première partie d'une histoire complète de l'hôpital, la décoration artistique de l'escalier et du vestibule du musée de Saint-Louis par nombre de gravures anciennes représentant l'hôpital et Paris à différentes époques, l'*histoire de l'hôpital Laennec*, et, enfin, comme histoire contemporaine, des articles pleins d'humour sur les différentes réunions internationales des dermatologues qui ont eu lieu dans ces dernières années.

Feulard était depuis 8 ans secrétaire de l'Association des internes et anciens internes des hôpitaux de Paris ; à ce titre encore son œuvre a été féconde.

Malgré ses succès professionnels, malgré son union avec une compagne qu'il chérissait, Feulard n'a pas été heureux : à plusieurs reprises, la mort l'a frappé dans ses plus chères affections et a assombri sa vie jusqu'au jour fatal où il vient soudainement de succomber dans l'incendie du Bazar de la Charité en même temps que l'enfant adorée qui lui restait, au moment où il cherchait en vain une issue pour la sauver ; le malheur de M^{me} Feulard dépasse les prévisions humaines : qu'elle nous permette de lui dire que la Société française de dermatologie tout entière s'associe à sa douleur et pleure avec elle l'homme éminent que la France vient de perdre.

Récidives in situ d'accidents trepho-névrotiques dans la seconde année de la syphilis.

Par M. L. LE PILEUR.

En janvier 1896 je fus consulté par un jeune homme de 27 ans pour une céphalée qui le privait de sommeil depuis un mois. C'était un cas banal de syphilis méconnue, avec angine, laryngite, érosions linguales, labiales et buccales. De plus, un érythème discret et généralisé aurait à lui seul servi de signature. Seulement la porte d'entrée ne pouvait se retrouver et

je ne pus que soupçonner un chancre de l'amygdale, étant donné que, sauf au maxillaire droit, il me fut impossible de trouver nulle part aucune cicatrice, aucun ganglion. C'était du reste par les amygdales que la maladie avait débuté deux mois auparavant sans que le malade y attachât grande importance. Il n'y avait pas d'alopecie et les cheveux résistaient aux tractions.

Dès la deuxième injection d'huile grise la céphalée s'était amendée et à la quatrième, le 10 février, tous les autres accidents avaient disparu. Mais six semaines après, le 1^{er} avril, nouvelle poussée assez faible pourtant quoique douloureuse et siégeant uniquement sur les bords de la langue; reprise du traitement le 13 avril, disparition presque immédiate des accidents, mais réapparition de ceux-ci au commencement de juin, un mois après la quatrième injection de cette seconde série. — A ce moment les cheveux commencent à tomber, mais d'une façon si discrète que dans l'entourage du malade personne ne le remarqua.

Je commençai alors le 6 juin une troisième série d'injections et cette fois la mercurialisation, sans que la dose ou le nombre des piqûres fût augmenté, arriva à un point suffisant pour enrayer la repullulation des accidents qui ne reparurent plus que beaucoup plus tard, comme je vais le dire tout à l'heure. C'est ici que je dois parler de l'accident qui fait le sujet de l'observation.

J'ai dit que la chute des cheveux avait commencé en juin, six mois environ après le début de l'infection; or, le 3 juillet, au moment où je cessais ma troisième série d'injections, en examinant soigneusement le malade, je remarquai une curieuse déformation de l'ongle de l'annulaire gauche. Cette déformation consistait en une dépression, en une sorte de cupule au niveau de la lunule; il n'y avait pas de péri-onyxie ni d'onyxis vrai, c'était, avec exagération, un arrêt de nutrition semblable à celui qu'on observe après un traumatisme ou un état fébrile un peu prolongé.

Comme d'autre part il n'existait pas trace de cicatrice au doigt ou à la main, je fus bien obligé de rapporter cet accident à la syphilis, qui en produisant la dénutrition capillaire, avait produit parallèlement et synchroniquement un trouble semblable sur un ongle. Je dis un ongle, car les autres n'offraient rien d'identique quoiqu'ils ne fussent pas intacts. En effet, outre qu'ils étaient extrêmement friables, on pouvait voir sur toute leur surface des petites pertes de substance, des espèces de petites piquetures si fines qu'il fallait la loupe pour les bien observer. Comme j'ai plusieurs fois rencontré ce dernier accident en dehors de la syphilis, je l'indique pour mémoire.

C'est alors que je fis faire le moulage que je présente (fig. 1).

Je revis le malade à la fin de septembre, au moment où il finissait une cure de 30 pilules de sublimé. Il allait bien. Les cheveux ne tombaient plus, l'ongle croissait normal et la cupule signalée plus haut était arrivée à la moitié du corps de l'ongle.

Le 2 décembre, je commençai, sans autre raison que celle de continuer la cure, une quatrième série d'injections que j'arrêtai après la troisième injection, le 17 décembre.

A la fin de janvier 1897 le malade vint me retrouver, ses cheveux tom-

baient de nouveau et l'ongle dont la déformation allait disparaître en atteignant le bord libre, venait de subir une seconde fois un arrêt de développement identique au premier et qui apparaissait comme celui-ci dans la lunule (fig. 2). J'examinai la peau pensant trouver une seconde roséole;



FIG. 1.

FIG. 2.

celle-ci n'existait pas ; mais à la fin de février une quatrième récursive d'accidents labiaux s'est manifestée, arrêtée comme les précédentes par une nouvelle série d'injections mercuriques. Enfin, au moment où je fais cette communication, l'ongle après avoir crû pendant trois mois avec sa forme normale, subit une troisième déformation.

Si j'attire l'attention de la Société sur ce cas, ce n'est pas à cause de l'opiniâtreté désespérante des accidents buccaux, tout le monde a vu ces cas de récursive qui semblent défier tout traitement, c'est surtout à cause de la récursive *in situ* de deux accidents tropho-névrotiques, l'un que je crois assez rare par lui-même, la déformation de l'ongle, l'autre qui généralement ne se montre qu'une fois et encore au début de la syphilis, la chute des cheveux.

Comme étiologie, je dirai, sans y attacher une importance absolue, que le malade est extrêmement nerveux, et a subi depuis plusieurs mois des émotions morales très pénibles.

M. BARTHÉLEMY. — A l'occasion de l'intéressante observation que nous rapporte M. Le Pileur, des troubles dystrophiques portant dans la période secondaire de la syphilis sur les cheveux et sur les ongles, permettez-moi de vous mentionner un cas qui m'a semblé assez rare et que j'observe en ce moment. Il s'agit d'un syphilitique âgé de 19 ans, qui m'a été adressé par notre collègue, le professeur Spillmann, de Nancy. La syphilis a débuté en octobre 1895 et a été très sérieusement traitée par M. Spillmann jusqu'à la fin de décembre 1896. Le malade est alors venu habiter Paris ; il a

eu beaucoup de plaques muqueuses dans la gorge, mais depuis plusieurs mois il n'en a plus, et la langue a toujours été normale. Il a eu de la roséole, mais il n'a plus rien sur la peau. Enfin les cheveux ne sont jamais tombés. Ce malade n'a pour l'instant pas d'autre symptôme qu'une dystrophie portant exclusivement sur les ongles mais n'en ayant épargné aucun, malgré le traitement spécifique, sans traumatisme, sans cause apparente pouvant appeler l'effort morbide du côté des ongles, sans lésion préalable apparente de la matrice unguéale, sans douleur aucune. Peu à peu les ongles se sont altérés, épaissis, modifiés dans leur forme et dans leur coloration, grisâtres, jaunâtres, irréguliers, inégaux, bosselés, décollés, arqués ; de plus, ces ongles n'étant plus retenus dans leur situation que par l'insertion de la lamelle unguéale dans les interstices épidermiques paraissent mortifiés ; en tout cas, il s'agit d'une dystrophie sèche avec striation, érosion de la substance unguéale mais avec l'absence de tout élément inflammatoire, au point que j'hésite à employer l'expression d'onyxis ; en tout cas, s'il s'agit d'onyxis, il s'agit d'un onyxis sec, torpide, indolent. Le processus s'est toujours fait symétriquement ; d'abord par les pouces des mains, puis les index, puis les médus, puis les annulaires, enfin par les petits doigts qui furent les derniers pris.

Aux pieds, les ongles sont tombés ; aux mains, ils persistent, mais, je le répète, ils donnent l'impression d'ongles morts. Il ne s'agit pas de ces chutes pures et simples d'ongles consécutives à une maladie infectieuse grave, car les ongles repoussent mal, altérés, épaissis, déformés, présentant un aspect qui ne laisse guère de doute sur leur nature syphilitique. Les ongles ne repoussent normaux que depuis que le traitement est fait par les injections de calomel (2), et huile grise (4) ; on peut déterminer par les striations la période correspondante à l'application du traitement intensif ; il faudra environ encore plusieurs mois (3 ou 4) pour que les ongles soient parvenus à recouvrer leur aspect normal.

En fait de lésion unguéale, j'en observe encore actuellement un cas fort remarquable ; ce sont des striations, des bosselures, des inégalités de la surface unguéale, laquelle est grisâtre, et qui est devenue sèche, cassante, pulvérulente même sur deux points donnant l'aspect d'érosions irrégulières, de perte de substance portant sur quelques-unes des stratifications lamelleuses de l'ongle ; en somme, dystrophie indolente, non inflammatoire, développée peu à peu, lentement, et persistent depuis trois mois. Il s'agit d'une lésion trophique (sans inflammation de la matrice unguéale, sans onyxis vrai par conséquent) qui est indubitablement, pour moi, d'origine syphilitique (onyxis sec, secondaire, très localisé, très circonscrit par opposition au cas précédent, où la lésion est symétrique, totale et généralisée). Or, il s'agit d'une *syphilis conceptionnelle latente* ; d'un de ces cas où il est si difficile de savoir si la mère a été contaminée oui ou non, ou bien si elle a échappé à l'infection. Cette femme, en effet, est mère d'un enfant qui a sept mois, qui est atteint d'une hydrocéphalie chronique considérable, d'origine nettement hérédosyphilitique, le père ayant eu la syphilis 7 ans avant son mariage et ne s'étant spécifiquement traité que pendant les six premiers mois de son infection. Dans ce cas que je trouve très important, l'onyxis est un argument que je crois irréfragable de la syphilisation

maternelle. En tout cas, c'est la conclusion pratique que j'ai tirée de cette constatation, et j'ai osé, dès lors, combattre spécifiquement les malaises indéfinissables, l'anémie, la dénutrition, la lassitude, la pâleur, l'amaigrissement que je trouvais chez cette jeune femme sans pouvoir découvrir leur véritable cause; or, tous les matins, depuis que la malade prend une cuillerée de la liqueur de Van Swieten, d'une manière régulière et suffisante, les joues, les couleurs reviennent, les défaillances disparaissent, l'appétit reparait et la lésion unguéale circonscrite s'améliore proportionnellement. Il s'agit d'un de ces cas de *syphilis conceptionnelle latente* que j'ai décrits au Congrès de Paris en 1889.

M. MOREL-LAVALLÉE. — Précisément, je devais aujourd'hui présenter à la Société une note ayant pour titre : Des phases de dénutrition survenant à l'état de phénomène isolé et spontané au cours de l'évolution silencieuse de la syphilis. Il n'est pas rare d'observer, chez des malades n'offrant aucun accident spécifique cutané ou viscéral, dans des mois ou des années déjà loin du début de l'infection syphilitique, un affaiblissement progressif avec perte de poids, une dénutrition intense accusée par l'alongement général, l'asthénie fonctionnelle, la perte des cheveux fréquemment, et parfois la striation transversale des ongles aux mains et surtout aux pouces, appréciable quand le patient revient à la santé normale. Cet ensemble de phénomènes peut se présenter plusieurs fois chez le même sujet dans le cours d'une vérole même bénigne.

M. BAUDOUIN. — Des troubles trophiques unguéaux peuvent se produire dans toutes les maladies graves; ils ne sauraient servir à diagnostiquer la syphilis.

M. LE PILEUR. — Les dystrophies consécutives aux maladies générales atteignent ordinairement tous les ongles; tandis que, dans le cas que je viens de rapporter, un seul ongle a été affecté et beaucoup plus sérieusement qu'après une maladie.

M. BARTHÉLEMY. — Dans mon cas, tous les ongles étaient atteints; leur aspect suffit à démontrer la nature syphilitique de la lésion, car ils ne sont pas seulement tombés comme dans une fièvre typhoïde par exemple, ils sont spécifiquement altérés et déformés.

Lymphangiectasie dermique spontanée de la face.

Par MM. F. BALZER et V. GRIFFON.

Nous avons observé un cas de varices lymphatiques à localisation rare, et en apparence spontanées. La malade habite la province. Nous ne pouvons vous la présenter; mais elle a eu l'obligeance de nous

envoyer les photographies des lésions, et les épreuves que voici les reproduisent avec une netteté suffisante.

Il s'agit d'une demoiselle de 34 ans, professeur, dont l'affection a été reconnue, pour la première fois, par le Dr Labry, de Châlon-sur-Saône, qui la soigne depuis deux ans.

Il y a une dizaine d'années que les varices ont débuté insidieusement à la hauteur de la commissure labiale du côté gauche, par une petite élevation, sorte de vésicule, sans changement de coloration de la peau, puis deux ou trois saillies analogues se développèrent à côté. L'affection demeure alors longtemps stationnaire.

Plusieurs années après, la commissure labiale droite présente des saillies vésiculoides analogues, et depuis, la lésion n'a fait que s'étendre davantage et devenir plus apparente. Le menton a été progressivement envahi, et depuis deux ans on constate des saillies semblables au front.

Les médecins n'ont tout d'abord attaché aucune importance à ces lésions. Le médecin actuel pratique des cautérisations avec une aiguille chauffée au rouge, qui ont donné quelques résultats.

Actuellement, les mamelons résultant de la dilatation des réseaux lymphatiques, disposés en chapelet, descendent de chaque côté de la bouche presque symétriquement, partant de la lèvre supérieure pour venir joindre la ligne médiane au menton. Ce sont des saillies molles, réducibles par la pression du doigt, présentant des dépressions linéaires transversales ou longitudinales, séparant des parties saillantes vésiculoides. La peau a conservé sa coloration normale. La lésion est manifestement intradermique. Les vésicules s'affaissent lorsqu'on tire la peau pour l'étaler.

La face antérieure du menton en est toute mamelonnée. La lèvre supérieure, dans sa moitié gauche, possède deux vésicules dont le volume ne semble pas varier depuis longtemps.

Au front font saillie quelques vésicules irrégulières, également réducibles, plus apparentes quand le malade fronce les sourcils ou ramène avec la main la peau du crâne en avant. Exactement, elles siègent au-dessus de la tête de chaque sourcil, dans la région intersourcilière, et dans la partie supérieure et médiane du front.

La lèvre supérieure est ombrée par un fin duvet; sous le menton ont poussé des poils assez longs et assez fournis.

Le cou est saillant; la malade a remarqué depuis l'âge de 10 ans, qu'elle avait un léger degré de goitre. A cette époque on a fait sur le cou des applications d'une pommade à l'iodure de potassium. Aujourd'hui on sent une tumeur thyroïdienne suivant le larynx dans son ascension pendant les mouvements de déglutition.

On ne constate aucune trace d'adénite cervicale. Dans son enfance, la malade aurait présenté quelques ganglions sous-maxillaires, tuméfiés pendant quelques jours seulement.

De temps en temps apparaissent au visage de petites saillies qui rougissent et suppurent, mais il s'agit là d'acné dont on discerne aujourd'hui un élément dans le sillon naso-génien gauche.

Enfin, au niveau des mamelons variqueux lymphatiques, on pourrait, au

dire de la malade, faire sourdre par une piqûre un liquide incolore.

Du côté du système veineux, les varices internes sont évidentes aux membres inférieurs ; la malade accuse parfois des crampes douloureuses ; des veinosités se dessinent sur la face externe des cuisses.

Les ongles des doigts de la main sont normaux. Ceux des gros orteils sont incarnés depuis fort longtemps.

La malade va quotidiennement à la garde-robe, et, depuis l'âge de 12 ans, elle est régulièrement réglée.

Au point de vue des maladies antérieures, l'interrogatoire est négatif. Il n'y a pas en particulier dans les commémoratifs d'érysipèle de la face, ni d'atteinte de rhumatisme articulaire aigu. Le cœur paraît normal.

Tout ce qu'on peut relever, c'est la répétition de fluxions dentaires dans l'enfance ; actuellement les gencives sont en très mauvais état, et la malade souffre souvent des dents.

Les amygdales ne sont pas hypertrophiées, mais la paroi postérieure du pharynx porte les traces de l'angine granuleuse dont se plaint la malade. Il y a deux ans, on a appliqué des pointes de feu sur cette région en trois ou quatre séances.

Quand nous aurons cité quelques bronchites un peu prolongées, un lumbago en juillet 1896 qui immobilisa la malade pendant trois à quatre jours, nous aurons épuisé la liste des antécédents morbides.

En somme, l'ectasie lymphatique paraît s'être développée d'emblée sans cause locale apparente ; elle ne semble ni secondaire, ni symptomatique. On sait que les sièges de prédilection de la lymphangiectasie sont les membres inférieurs ou les organes génitaux externes. On a rarement l'occasion de la constater à la face, et le cas que nous présentons est le premier à notre connaissance qui ait été observé dans ces conditions.

Tuberculose cutanée notablement améliorée par des injections de calomel.

Par M. A. FOURNIER.

J'aurais voulu pouvoir vous présenter un homme âgé de 52 ans, qui était entré il y a deux mois dans notre service pour des lésions du bras et de la main. Il s'agissait d'une tuberculose cutanée typique, ulcérée en certains points, granuleuse en d'autres, dont le début remontait à l'âge de 4 ans. Le malade niait d'ailleurs tout antécédent de syphilis acquise et n'offrait absolument aucun stigmate de syphilis héréditaire. Cependant, par acquit de conscience, nous avons fait une injection de calomel ; or, après cette injection et contre notre attente, la lésion s'amenda singulièrement. Deux autres injections furent pratiquées, à

la suite desquelles toutes les ulcérations furent cicatrisées et les granulations affaissées; toutefois la guérison n'est pas tout à fait complète; il reste encore un peu d'épaississement des tissus.

J'ai déjà présenté à la Société un fait analogue. Il s'agissait d'une femme atteinte d'un lupus tuberculeux de la face, diagnostiqué ainsi par tous les médecins qui l'observèrent et soigné comme tel par M. Besnier. Une récurrence survint, et nous l'avons guérie par des injections de calomel; mais ici encore, la guérison ne fut pas absolument complète et ne se fit que plusieurs mois plus tard, à la suite d'un érysipèle.

Voici donc un homme atteint de tuberculose cutanée typique datant de 48 ans et une femme soignée pour un lupus par M. Besnier et d'autres, qui guérissent tous deux par des injections de calomel. De tels faits méritent réflexion. Bien des fois on a guéri des lupus par le mercure; mais on a cru dans ces cas à une erreur de diagnostic. Cette interprétation, qui paraît assez légitime au premier abord et dont on s'est contenté jusqu'ici, n'est peut-être pas exacte. Il y a lieu de se demander si le mercure n'aurait pas une action sur certaines formes de tuberculose; c'est là une hypothèse qui semble s'imposer dans un certain nombre de cas.

M. AUGAGNEUR. — J'ai observé un jeune homme de 19 ans, nullement syphilitique, qui avait été amputé autrefois d'un orteil pour une tuberculose osseuse de l'avant-pied.

Ce malade avait une tuberculose verruqueuse du pied droit avec un spina-ventosa au troisième orteil, des ulcérations profondes aux membres inférieurs et à la face externe du bras gauche, et d'autres lésions tuberculeuses au visage. A titre d'essai, on lui fit prendre 6 à 10 grammes d'iodure de potassium par jour; la guérison se fit rapidement après quelques semaines de traitement; cependant il est resté quelques points qu'il a fallu cautériser ou gratter.

Un second malade, âgé de 18 ans, avait été soigné à 12 ans pour une lésion tuberculeuse de la joue gauche. Quand je le vis il y a deux ans, il avait un lupus typique du nez. L'iodure de potassium, à la dose de 6 à 7 grammes par jour, l'a rapidement amélioré sans que la guérison soit absolue. En somme, l'iodure ou le mercure semblent avoir une action favorable sur certaines tuberculoses cutanées.

M. BARTHÉLEMY. — N'a-t-on pas cité des cas de rhumatisme blennorrhagique guéris par le mercure pris à l'intérieur!

M. GALEZOWSKI. — Je me permets de joindre mes observations à celles de M. Fournier et de M. Augagneur.

Il m'est arrivé dans ces deux dernières années plusieurs cas très intéressants à soigner et qui se rapprochent beaucoup des faits rapportés par M. Fournier. Une femme est atteinte d'une éruption sur toute la face, éruption, disait-on, tuberculeuse, et elle était prise en même temps d'une kératite

ulcéreuse avec iritis que rien ne pouvait améliorer ni guérir pendant trois années de traitements appliqués dans les différentes cliniques pour des tuberculoses. Elle vient me voir pour la première fois vers la fin du mois de décembre dernier, et malgré l'absence d'aucun signe d'antécédents syphilitiques, je l'ai soumise au traitement par des frictions mercurielles à la dose de 2 grammes, et aujourd'hui, après 4 ou 5 mois de traitement, un œil est guéri, l'autre œil sensiblement amélioré et l'éruption considérée comme tuberculeuse est guérie. D'autres faits, de même genre, ont été observés par moi sur des malades atteints de sclérose en apparence tuberculeuse sans les antécédents syphilitiques, et tandis que les traitements dirigés avant moi contre la tuberculose n'ont donné aucun résultat, la méthode prescrite par moi pendant six ou huit mois amena la guérison.

Que conclure de tout cela ? C'est que, lorsque la tuberculose et la syphilis existent ensemble chez le même individu, le traitement antisiphilitique mercuriel peut avoir une action curative sur la tuberculose. M. Fournier se rappelle un fait publié en Amérique et que je lui ai communiqué, dans lequel un de mes compatriotes atteint de phtisie et de la syphilis, ayant été soumis au traitement antisiphilitique, a été guéri de la tuberculose et de la syphilis.

Je pense donc que le mercure, comme dit M. Fournier, agit d'une manière curative non seulement sur la syphilis, mais aussi sur certaines variétés de la tuberculose, et que dans des formes de sclérite, d'iritis ou autre altération tuberculeuse de l'œil, même en l'absence d'antécédents syphilitiques, il faut avoir recours au traitement mercuriel et on obtiendra ainsi la guérison là où les autres traitements ont échoué.

M. L. JACQUET. — Je suis en mesure de confirmer ce que viennent de dire MM. Fournier, Augagneur et Galezowski, et d'y ajouter plus d'extension encore.

Il y a quelques années je vis se développer chez une femme, plusieurs jours après ses couches, et au milieu de symptômes de petite infection puerpérale, une ostéomyélite aiguë de l'extrémité inférieure du bras gauche. En peu de temps la lésion s'aggrava de façon telle que M. Dujardin-Beaumetz et moi commencions à envisager l'éventualité d'une amputation.

Toutefois, et bien que cette malade n'eût dans ses parents, sa personne ou ses enfants, le moindre stigmate de syphilis, nous essayâmes le traitement mixte (sirop de Gibert et enveloppement du bras au Vigo).

L'amélioration fut immédiate, la rétrocession des plus franches et en deux ou trois semaines survint une guérison complète, sauf reliquat d'une hyperostose humérale notable.

Ce fait me frappa vivement alors et j'ai toujours pensé depuis que d'autres infections que la syphilis pouvaient être influencées heureusement par le traitement considéré un peu à tort jusqu'ici comme étant son spécifique exclusif.

M. SABOURAUD. — A l'appui de ce que vient de dire M. Jacquet, je rappelle que les seuls cas de morve humaine qui aient guéri avaient été soumis au traitement antisiphilitique.

M. FOURNIER. — Il résulte de cette discussion que le traitement d'épreuve n'est pas absolument pathognomonique de la syphilis; l'iodure de potassium, outre son action antisypilitique, agit efficacement sur l'actinomycose; de même il faut savoir que le mercure ne guérit pas que la vérole.

M. AD. NICOLAS. — Je crois devoir souligner ces conclusions qui ont, suivant moi, une portée générale considérable. J'ai soutenu depuis vingt ans à diverses reprises ce fait qu'il n'y a aucune raison de conclure de ce que le mercure ou l'iodure de potassium guérissent une maladie, que cette maladie est syphilitique.

Impétigo et ulcérations hémorrhagiques de la peau chez un nourrisson phthisique.

Par M. CH. AUDRY (de Toulouse).

Voici un nouveau fait pour servir à l'histoire des rapports qui peuvent exister entre des altérations cutanées et la tuberculose pulmonaire. Il présente des particularités assez remarquables pour nous permettre d'attirer l'attention sur cette observation intéressante à plusieurs points de vue et réellement exceptionnelle.

Marius X..., âgé de 22 mois, est amené à la consultation de la Clinique le 8 avril 1897 (1). C'est le premier enfant d'une jeune femme de 18 ans d'apparence robuste et bien portante (ainsi que son mari), qui l'a nourri et le nourrit encore.

C'est un gros enfant, décoloré et bouffi. Vacciné avec succès à 10 mois, il aurait présenté 2 mois plus tard une affection pustuleuse qui fut diagnostiquée variole, fut bénigne et a laissé sur le flanc gauche une dizaine de cicatrices déprimées.

Depuis 3 mois, croûtes graisseuses du cuir chevelu, accompagnées de suppuration. Puis, l'impétigo s'est étendu à la face. Depuis quinze jours, les éléments éruptifs se sont brusquement et profondément modifiés, ils ont pris une apparence sanglante, hémorrhagique, des plus prononcées.

La mère porte sur la joue gauche une efflorescence impétigineuse bien caractérisée.

Le petit malade, qui semble en très mauvais état, entre le soir même à la Clinique. On constate alors ce qui suit :

Les lésions cutanées occupent principalement les régions anté-auriculaires, rétro-auriculaires, et mastoïdiennes de l'un et l'autre côté, la lèvre supérieure et les sillons naso-géniens, la région temporale droite, la paupière supérieure du même côté. Elles sont représentées par des érosions

(1) Observation clinique rédigée sur les notes de M. Billard, interne du service.

étalées, d'aspect superficiel, d'un rouge sombre, absolument sanguinolent, à bords nettement tranchés sur le tégument environnant. Elles sont lisses, unies, parfois brillantes, un peu humides, semées de petites croûtes noirâtres ; çà et là, quelques croûtes grisâtres recouvrent du pus sanieux.

L'infiltration est légère. L'oreille droite est ainsi comme complètement décortiquée. L'érosion labio-naso-génienne s'étend de la sous-cloison à la muqueuse labiale ; cette dernière est respectée.

Un placard semblable grand comme une pièce de 2 francs occupe la partie interne de la fesse gauche. Sur le bras droit, au-dessous de la région deltoïdienne, un emplâtre de thapsia a été appliqué quelques jours auparavant ; toute la surface de vésication a pris un aspect complètement identique à celui des ulcérations de la face.

A l'index gauche, petite tourniole péri-unguéale vulgaire.

Sur le reste de la face, les mains, les bras, les genoux, sont disséminées de petites érosions un peu plus profondes, rondes, taillées à l'emporte-pièce dans un épiderme souple et normal et qui ont l'apparence hémorragique déjà indiquée. Enfin, çà et là, quelques petites pustulettes vulgaires.

L'enfant succomba dans la nuit qui suivit son admission à la Clinique. L'autopsie fut faite dans de très bonnes conditions, et nous révéla des altérations complètement inattendues.

AUTOPSIE. — *Cœur et gros vaisseaux* normaux.

Adénopathie trachéo-bronchique fortement caractérisée par des ganglions nombreux, durs, gros, blancs.

Poumons. — Pas de pleurésie. Quelques adhérences superficielles.

A droite : lobe inférieur violemment congestionné, semé de plaques hémorragiques infiltrées, dense ; les fragments surnagent dans l'eau ; le lobe supérieur présente les mêmes altérations.

Le lobe moyen contient une grosse masse dure ; à la coupe, on voit qu'il est occupé presque complètement par une cavité grosse comme un œuf de poule, pleine d'un pus crémeux, à parois lisses, arrondies, et dans laquelle les bronches débouchent à plein canal.

Cet abcès est limité par une coque dense, fibroïde, dure, épaisse de 2 centimètres environ. Il contient 3 petites masses blanches, friables, qui au microscope, sont formées par des débris amorphes, des cellules épithéliales, des leucocytes et d'innombrables cocci. Rien ne nous permet de songer à une lésion tuberculeuse ; aucun nodule dans toute l'étendue du poumon. Nous croyons à un abcès.

A gauche, disséminées dans toute l'étendue du poumon, régions d'atélectasie hémorragique nombreuses ; l'infiltration hémorragique ne va pas cependant jusqu'à l'infiltration, jusqu'à l'hématome.

Aucun nodule tuberculeux.

Reins. — Gros et gras, sans altérations microscopiques nettes.

Foie. — Gros, très gras.

Rate. — Volumineuse et dure, rouge.

L'examen histologique a porté sur cinq fragments empruntés à l'un et l'autre poumons, sur cinq fragments de peau, le foie, un ganglion du médiastin. (Alcool, paraffine, bleu polychrome, fuchsine acide, méthode de Gram.)

1° *Ganglion*. — Trachéo-bronchique; il est farci de tubercules à tous les degrés de développement et de l'évolution.

2° *Foie*. — Très gras.

3° *Poumons*. — a) La paroi du soi-disant abcès est formée par une coque de tissu fibreux, semée d'innombrables tubercules parfaitement caractérisés; ces derniers s'étendent dans le tissu pulmonaire immédiatement adjacent; çà et là, quelques territoires complètement caséifiés. L'abcès n'est qu'une vaste et unique caverne du type le plus vulgaire au point de vue histologique.

b) Les zones hémorragiques sont formées par le tissu pulmonaire dont les alvéoles sont complètement envahis et disloqués par des infiltrats hématiques à différents stades. En quelques points, les globules rouges extravasés et tassés ont encore conservé leur individualité; ailleurs, les infiltrats sont convertis en nappes granuleuses semées de gros leucocytes mononucléaires dont quelques-uns présentent à leur intérieur des granulations d'hémosidérine. Enfin, parfois, les alvéoles sont remplis d'un exsudat d'apparence fibrineuse et l'ensemble des altérations se rapproche de l'aspect d'une broncho-pneumonie alvéolaire à son début. Nulle part, on ne découvre la plus petite trace d'un processus histologique tuberculeux.

4° *Peau*. — Tous les fragments examinés offrent sensiblement les mêmes altérations: ce sont de véritables ulcérations, des pertes de substance totales de l'épithélium. Celui-ci est remplacé par un coagulum amorphe où la méthode de Gram colore une quantité extraordinaire de cocci ou de diplococci encapsulés ou non. Sur une des pièces, ce coagulum contient encore quelques figures rondes, claires, probablement des cadavres de cellules épithéliales qui ont complètement perdu leurs caractères. Immédiatement au-dessous de cet exsudat, on voit le tissu cellulo-grasseyé à peine modifié, traversé par quelques maigres traînées de cellules embryonnaires. Çà et là, quelques capillaires sont énormément dilatés, gorgés de globules rouges. Un petit nombre d'alvéoles grasseyés sont distendus par de petits lacs sanguins d'aspect récent. Nulle part, on ne voit les micro-organismes de l'exsudat glisser dans les tissus profonds; nulle part, il n'existe de signe de vascularite; jamais de trace d'une inflammation pouvant être rapprochée de la tuberculose.

Les bords épithéliaux qui circonscrivent les érosions sont nets, brusques; l'épithélium même est peu atteint; seulement, au voisinage immédiat, il offre les altérations habituelles: dilatation des espaces intercellulaires, processus de vacuolisation périnucléaire, etc.

En résumé: impétigo vulgaire, amorcé sur une séborrhée du cuir chevelu.

En même temps, l'évolution d'une tuberculose pulmonaire amenant la production d'une vaste caverne. Puis, *transformation hémorragique et ulcéreuse de toutes les lésions cutanées initialement impétigineuses*. Cette *métaplasie hémorragique* semble due à une vaso-dilatation formidable, bien plutôt qu'à une vascularite pulmonaire ou cutanée. Les désordres en question sont probable-

ment secondaires aux toxines qui se sont élaborées dans la cavité pulmonaire et non à l'action directe des micro-organismes, puisque nous ne trouvons aucune altération histologique qui nous permette d'admettre le rôle immédiat de ces derniers. Il nous est impossible de savoir si dans le cas présent les toxines que nous incriminons furent produites par le seul bacille de la tuberculose, ou si elles ont été l'œuvre des innombrables bactéries greffées sur la paroi de la cavité creusée dans le poumon.

Eczéma séborrhéique sur une cicatrice.

Par le D^r CH. AUDRY (de Toulouse).

Je soutiens depuis plusieurs années l'opinion que la maladie connue sous le nom d'eczéma séborrhéique n'est ni un eczéma, ni une séborrhée. Plusieurs personnes, et en particulier M. Brocq, ont bien voulu se ranger à ma manière de voir en ce qui concerne la nécessité de soustraire à l'eczéma les faits qui nous occupent. D'autre part, je n'ai pas l'intention de nier que la séborrhée soit une condition très favorable à l'établissement et à l'évolution de la maladie. Cependant voici une observation où nous avons vu des efflorescences de l'affection constituée d'une manière typique, efflorescences occupant le centre d'une vaste et profonde cicatrice d'où les sébacées et les sudoripares ont disparu il y a bien des années.

Camille X..., 23 ans, garçon de restaurant, entre à la Clinique de dermatologie le 9 avril.

Aucun antécédent héréditaire. A l'âge de 2 ans, il tomba dans le feu et fut profondément brûlé au niveau de l'avant-bras, du poignet et de la main gauches, et aussi sur une petite surface de la région deltoïdienne du même côté.

Il y a un mois, le malade s'aperçut qu'il commençait à présenter dans la région cubitale gauche le début des accidents qui l'ont amené à la Clinique. Il vit en quelques jours se former un large placard d'abord rouge, puis suintant, enfin croûteux. Peu après, lésions semblables sur la face postérieure de l'avant-bras droit.

A son entrée, il présente les manifestations de l'eczéma séborrhéique le plus caractérisé.

A gauche, un large placard occupe toute la face interne et les moitiés postérieures et antérieures de l'avant-bras depuis le poignet jusqu'au coude. Ses limites sont arrondies, très nettes; la surface est recouverte de croûtes lamelleuses, jaunes, craquelées, collées sur une surface un peu humide, comme graisseuse. La rougeur est un peu plus prononcée au niveau des bords qui sont légèrement élevés sur la peau saine. Au niveau du pli du

coude, deux ou trois efflorescences rouges, un peu croûteuses, un peu saillantes.

Tout le bord externe du membre est occupé par une vaste et profonde surface cicatricielle qui va des doigts à l'épicondyle. La cicatrice est épaisse, brune, lisse, tendue. La main est fortement déviée sur le bord cubital. Le cinquième doigt a complètement disparu. Dans le tissu cicatriciel qui représente le bord interne de la main, on retrouve facilement le cinquième métacarpien dont la direction est perpendiculaire à l'axe de la main.

Toute cette cicatrice est entamée sur ses deux bords par l'eczéma séborrhéique sur une marge de 0,02 environ ; la dermatite y pousse des prolongements caractérisés par une légère rougeur, et une desquamation croûteuse à dessin arrondi. Enfin, en plein milieu de la cicatrice, tout à fait indépendantes de la grande surface malade, on voit deux efflorescences arrondies, d'un diamètre de 0,01 environ, très peu saillantes, un peu rouges, à bords nets, squameux, finement dentelés.

Sur la face postérieure de l'avant-bras droit, énorme placard d'eczéma séborrhéique aussi caractérisé que possible.

Le lendemain de l'entrée du malade, mon interne, M. Billard, fit par scarification superficielle et avec des lamelles croûteuses empruntées à la surface malade, deux inoculations, l'une sur le tégument du bras, vers la face antérieure, à 0,05 du pli du coude, l'autre sur un point sain de la cicatrice.

Trois jours après, on put constater que l'inoculation opérée sur la cicatrice était restée entièrement négative, tandis que sur le bras était apparue une efflorescence fauve, arrondie, squameuse, entièrement semblable aux efflorescences qui entourent les grands placards.

On mit le malade à la pommade soufrée. L'amélioration fut très rapide, et le 10 mai, nous le fîmes passer en chirurgie pour qu'il y fût opéré de sa cicatrice vicieuse.

Ainsi, on ne peut guère douter que l'eczéma séborrhéique ait pu se développer dans une zone où la sécrétion graisseuse est complètement abolie. Évidemment, le développement de la maladie a été plus maigre que sur le tégument normal et muni de ses glandes, mais il s'y est effectué.

Je crois devoir insister sur les curieux résultats fournis par l'inoculation. On a vu que celle-ci tentée sur la peau normale avait engendré une efflorescence, tandis qu'elle était restée négative sur la cicatrice.

On est en droit de conclure :

1° Que la maladie dite eczéma séborrhéique est auto-inoculable au porteur ;

2° Qu'elle peut se développer sur une cicatrice complètement dépourvue d'éléments générateurs de la graisse et c'est un trait commun avec le psoriasis ;

3° Qu'elle se développe mieux sur la peau normale.

Note sur un bouton d'Alep.

Par MM. BROCC et VEILLON.

Nous avons cru devoir présenter ce malade, atteint de boutons d'Alep, à cause des particularités cliniques qu'il présente et des recherches bactériologiques qui ont été faites.

Voici l'observation :

S. V..., âgé de 29 ans, employé, est venu à la consultation dermatologique de l'hôpital Broca-Pascal le 24 avril 1897. Né à Alep de parents bien portants ; son père est mort à 72 ans de dysenterie, sa mère est morte à 60 ans. Il a eu un frère et cinq sœurs. Une des sœurs a eu des boutons d'Alep multiples sur les mains et la face qui ont guéri en un an ; les autres ont eu un bouton unique à la face. La toute première enfance du malade s'est passée sans accident. A l'âge de deux ans il aurait eu une première atteinte de boutons d'Alep. Ces boutons multiples siégeaient sur la face dorsale des mains sur les poignets, sur les joues, sur le nez, aux oreilles, sur le front. Il nous montre les cicatrices qu'ont laissées ces boutons ; elles sont blanches, superficielles, lisses, légèrement déprimées, les bords en sont irréguliers, déchiquetés sur le front, bien nets à d'autres endroits comme au poignet. On constate ainsi trois cicatrices sur le front de la dimension d'une pièce de 50 centimes, le bord postérieur des oreilles est entièrement cicatriciel. On constate encore une cicatrice de la dimension d'une pièce de 5 francs sur le bord cubital du poignet gauche et une autre un peu plus petite sur la face dorsale de la main droite. Cette première atteinte de boutons aurait une évolution inusitée ; car, d'après le malade, elle a duré jusqu'à l'âge de 14 ans, époque à laquelle il a eu le typhus, c'est pendant cette maladie aiguë que les boutons ont guéri. Le malade attribue cette durée et l'intensité de ses premiers boutons à ce qu'étant tombé sur la face, un an après le début de son affection, il s'était fait des plaies profondes à la face. Quoi qu'il en soit, à l'âge de 14 ans la guérison est complète et se maintient pendant douze ans. Pendant ces douze années le malade a habité Beyrouth.

A l'âge de 26 ans il retourne à Alep, et après un an de séjour dans cette ville il est pris de fièvre pendant trois jours. Immédiatement après cet accès fébrile, il a eu les joues, le nez, la face dorsale des deux mains envahies par une éruption de boutons multiples qui ont évolué depuis plus d'une année et sont encore en activité au moment où le malade vient en France.

Tous les boutons dont le malade est porteur en ce moment sont nés simultanément et en très peu de temps ; ils avaient les caractères qu'ils ont encore aujourd'hui, il n'ont fait que grossir et confluer par places.

En ce moment on constate, surtout aux places où les boutons sont isolés, que l'affection est constituée par une lésion élémentaire, modifiée par endroits, mais dont on peut retrouver les caractères. C'est une petite éle-

vure rouge saillante de la dimension d'une lentille et plus, tout autour il y a de la rougeur érythémateuse; le derme est infiltré et épaissi. Au centre de cette lésion papulo-tuberculeuse on voit un petit point purulent miliaire, quelquefois ce point est recouvert d'un croûtelette jaunâtre.

Si on enlève la croûte ou qu'on ponctionne ce point purulent, on fait sourdre un pus épais et on trouve une petite ulcération en forme de puits à bords taillés à pic, à fond jaune purulent. Ces lésions ne sont pas ou sont à peine douloureuses spontanément, le caractère constant de ces boutons est d'être indolent. La pression est légèrement douloureuse.

Les boutons que nous venons de décrire siègent sur la face et les mains. Sur la face dorsale de la main gauche on voit une grande plaque de la dimension d'une pièce de 5 francs, rouge livide, le centre cicatriciel est légèrement aplati, mais sur les bords on sent une induration profonde et on reconnaît les tubercules avec leur point central purulent décrits plus haut. Un peu en dehors de cette plaque sont disséminés une dizaine d'éléments isolés ayant les mêmes caractères. On en voit aussi trois ou quatre sur la face palmaire tout près du poignet.

Sur le poignet gauche, au niveau de l'extrémité inférieure du cubitus, on voit un grand placard analogue ovoïde.

Sur la face dorsale de la main droite on voit un groupe de tubercules agminés, formant un placard de la dimension d'une pièce de 5 francs, ayant toujours le même aspect. Un peu en dehors de cette lésion on voit une plaque rouge, surélevée, papillomateuse, parsemée de fines squames ou de croûtelles, traversée par des sillons fins, tortueux, entrecroisés en tous sens, mais peu profonds. Enfin, sur le même membre, on trouve quelques éléments isolés au niveau du poignet.

La joue gauche est tout entière envahie par la lésion, elle est rouge livide, violacée, la surface est lisse et finement desquamante. On sent au toucher que le derme est épaissi, infiltré; des bandes cicatricielles en se rétractant ont causé un ectropion considérable de la paupière inférieure. Sur toute cette surface infiltrée de tubercules on voit, par transparence, une quantité considérable de petits points jaunâtres qui ne sont autre chose que de petits abcès miliaires; par places une croûtelette jaunâtre cache un de ces petits abcès, vidé et transformé en ulcération de la grosseur d'un grain de mil.

Sur la joue droite les lésions sont analogues, mais il y a relativement peu d'ectropion.

La face dorsale du nez est envahie, mais les lésions sont en voie de régression, ainsi que sur les oreilles où on ne trouve plus que deux ou trois tubercules isolés.

A la queue du sourcil gauche, une plaque de tubercules de la dimension d'une pièce de 1 franc.

Le 8 mai, le malade revient à la consultation et on note une légère amélioration, les tubercules s'aplatissent et on voit moins de points purulents. Le traitement consiste en lavages à l'eau chaude et en application d'emplâtre rouge de Vidal.

L'état général a été, pendant toute la durée de la maladie et est encore très bon.

Les jours suivants, l'amélioration est très rapide, les tubercules s'affaissent, les points purulents se résorbent.

Le 18 mai, les lésions des mains sont presque guéries, les plaques où quelques tubercules sont encore sensibles, sont transformées en cicatrices violacées ou brunâtres. Sur le nez, la cicatrice est blanche par places, rouge ou brunâtre à d'autres ; elle est sillonnée de petits vaisseaux variqueux.

La joue droite n'est plus qu'une cicatrice, de même aux oreilles. La joue gauche est encore infiltrée.

La plaque papillomateuse de la main droite s'est affaissée, les sillons tendent à se combler, on n'y voit plus de points purulents.

Cette observation présente quelques particularités cliniques intéressantes. Ce malade aurait eu une première atteinte très grave par l'étendue et la multiplicité des lésions et surtout qui aurait eu une durée (12 ans environ) considérable. Cette longue durée est tout à fait insolite. Nous devons dire que le diagnostic rétrospectif de cette première atteinte est fondé sur les affirmations du malade (très intelligent) et sur les cicatrices qui en restent et que par conséquent il n'est pas d'une certitude absolue. Ce qu'il y a encore de remarquable, c'est la grande quantité de boutons agminés que présente ce malade, c'est la forme clinique qu'on nomme bouton femelle, à Alep.

Cette observation montre que l'immunité acquise par une première atteinte n'est pas toujours très solide, puisque le malade, après 12 ans de guérison, étant retourné dans le pays où règne cette maladie, a été infecté à nouveau.

Enfin nous devons attirer l'attention sur l'aspect des lésions qui, à la face, ne sont pas papillomateuses et simulent le lupus au point que le diagnostic avait pu être hésitant pendant quelques jours, on aurait pu croire que sur la joue gauche il y avait coexistence de lupus ; la rapide guérison spontanée est venue montrer qu'il fallait éloigner toute idée de tuberculose.

Nous avons fait l'examen anatomo-pathologique et bactériologique des lésions dont est atteint ce malade. Bien que cette étude que nous poursuivons en ce moment soit incomplète, voici provisoirement les résultats obtenus :

Nous avons choisi pour l'examen les points où les lésions paraissaient pures, les tubercules au centre desquels on voyait par transparence un petit point purulent blanc jaunâtre non ouvert à l'extérieur. Un de ces tubercules a été excisé, une moitié des morceaux a été inoculée à un cobaye et l'autre moitié a été placée dans l'alcool et a servi pour les recherches histologiques. D'autres tubercules analogues ont été employés pour les ensemcements.

Anatomie pathologique. — Le petit fragment excisé a été fixé, puis inclus dans la celloidine et débité en coupes minces. La pièce était orientée pour

que les coupes fussent perpendiculaires à la surface de la peau. Les colorations ont été faites au picro-carmin ou à l'hématoxyline. Ces préparations ne nous ont rien appris qui ne fût déjà connu par les travaux de Kelsch, de Kiehl, de Leloir.

La couche cornée de l'épiderme est normale ou épaissie à certains endroits.

Le réseau de Malpighi a une tendance à émettre des prolongements papillaires ; ce caractère est net sur toutes nos coupes bien qu'elles ne passent pas par une lésion papillomateuse comme celle qui siège sur la main droite du malade.

Les lésions du derme sont considérables, elles peuvent se résumer de la façon suivante. C'est une infiltration de cellules rondes agglomérées en forme de nodules. Au centre de la coupe on voit un de ces nodules plus gros, l'infiltration a détruit la zone papillaire et a rongé une partie de la couche de Malpighi. De chaque côté, on voit de petits nodules, siégeant en plein derme. Nous n'avons trouvé nulle part de cellules géantes.

Bactériologie. — Pour l'examen bactériologique nous nous sommes surtout servi du pus contenu dans les petits abcès miliaires non ouverts. Avec l'extrémité d'une petite pipette rougie on cautérisait légèrement la surface pour stériliser l'épiderme, puis avec une autre pipette effilée on ponctionnait à ce niveau et on recueillait ainsi quelques gouttes de pus pur et quelquefois de pus mélangé à du sang. Nous avons ainsi ponctionné une vingtaine de tubercules. Nos ensemencements ont été faits sur des milieux variés : gélose ordinaire, gélose glycosée, gélose à la pomme de terre, pomme de terre simple ou glycinée, sérum coagulé. Les cultures ont été faites à l'air libre, ou dans des conditions rigoureuses d'anaérobiose.

La presque totalité des tubes ensemencés est restée stérile. Sur aucun tube nous n'avons vu les microbes qu'on a décrits dans cette affection.

Nous avons cependant obtenu une culture positive, mais d'un organisme qui n'appartient pas aux bactéries et qu'il faut ranger dans les streptothrix.

Ce streptothrix est constitué par des filaments de longueur très variable, d'épaisseur égale à 1 millim. environ mais irrégulière, ces filaments sont très ramifiés et donnent des rameaux vrais, en général à angle droit, il n'y a pas de membrane d'enveloppe. Les rameaux sont très nombreux et s'enchevêtrent à un tel point que l'ensemble mycélien forme un feutrage solide constituant la masse de la colonie, qui est très résistant à la dissociation. Cet organisme se colore facilement par les couleurs d'aniline et la méthode de Gram.

Il se développe à 18°-20° et aussi à 37° ; la température optima est voisine de 30°.

Il pousse lentement et difficilement sur les milieux ordinaires, les meilleurs aliments semblent être ceux qui contiennent de la pomme de terre.

Sur gélatine, on obtient au bout de quatre à cinq jours de petits points blancs, saillants, épais, opaques, à bords bien limités. A mesure que la colonie s'épaissit et grandit elle s'enfonce dans la gélatine qui semble être rongée. En confluant, les colonies forment une couenne épaisse d'un

blanc sale, les bords en restent nets ; cependant à la loupe on voit qu'ils sont hérissés de fins filaments très courts et très serrés. La gélatine se liquéfie peu à peu en restant absolument claire. La membrane feutrée, formée par l'union des colonies, devient de plus en plus épaisse, se ride et sa surface se recouvre par places d'une fine couche blanche farineuse.

Sur gélose, les colonies sont saillantes, épaisses, d'un blanc gris, la surface a l'aspect corné et brillant ; elles commencent par un petit point à centre ombiliqué, à bords nets. Plus tard la culture en s'étendant forme une couche tomenteuse avec des replis, des sillons qui lui donnent l'aspect cérébriforme. Le milieu est d'un blanc grisâtre, dans les vieilles cultures il y a un semis poudreux blanc sur certains points de la surface. Les colonies sont adhérentes à la gélose, chaque colonie s'enlève en entier en entraînant un peu du substratum.

Sur pommes de terre, la culture est beaucoup plus abondante ; d'abord semblable à celle qui se fait sur gélose, elle forme bientôt un enduit plus épais, d'un blanc sale, d'aspect mamelonné, mûriforme, grenue quand les colonies sont très près les unes des autres.

Sur bouillon, le développement est lent, difficile, il y a formation de petits grains opaques en suspension dans le liquide resté clair, à la surface il y a une pellicule mince, sèche, ridée.

Ce streptothrix est exclusivement aérobie.

Les caractères de cet organisme permettent donc de dire que c'est un streptothrix voisin de l'actinomyces, du farcin du bœuf, de la tuberculose d'Eppinger et du pied de Madura.

Les expériences sur les animaux sont commencées et seront publiées ultérieurement.

Quel est le rôle de ce streptothrix au point de vue étiologique du bouton d'Alep ? Nous ne l'avons mis en évidence qu'une seule fois par la culture ; nous n'avons pas pu le déceler microscopiquement d'une façon certaine, ni dans le pus ni dans les coupes qui nous ont toujours paru privées de formes microbiennes. D'autre part, on sait qu'on rencontre, dans les poussières, différentes espèces de streptothrix, mais ils se distinguent notablement de l'organisme que nous avons décrit, et bien que nous ayons examiné un grand nombre de fois la surface de la peau saine ou malade, nous n'y avons jamais rencontré de streptothrix. On peut comprendre que la plupart des boutons ne contiennent plus cet organisme, par ce fait que le malade est en voie d'une guérison rapide, ce qui a été noté dans l'observation clinique. Mais toutes ces considérations ne valent pas les preuves que pourra nous donner l'inoculation des cultures pures tout à fait nécessaires dans ce cas, aussi nous ne voulons faire aucune affirmation avant d'avoir des faits plus démonstratifs à présenter.

Ce qu'il nous faut retenir dès aujourd'hui, c'est que ce bouton d'Alep, examiné bactériologiquement en nous mettant à l'abri des impuretés ou infections secondaires, ne contenait aucun des microcoques décrits

par Duclaux, Heidenreich, Boinet et Deperret, Laveran, Chantemesse, Riehl, Leloir, microcoques qui, d'ailleurs, n'ont point reproduit la maladie et étaient vraisemblablement venus infecter secondairement les lésions. Ce qu'il faut retenir encore, c'est que nous y avons rencontré, à l'état isolé il est vrai, mais dans l'épaisseur des tissus, à l'abri de l'air, un streptothrix dont nous avons observé les caractères et qui ne semble point un saprophyte banal. C'est ce qui nous a engagé à publier ce fait, tout incomplet qu'il est, pour que des recherches puissent être tentées dans ce sens.

M. MOTY. — Les lésions présentées par ce malade diffèrent complètement de celles du bouton de Biskra, contrairement à ce que disent les auteurs classiques. Les cicatrices du bouton de Biskra sont beaucoup plus superficielles que celles de ce malade.

M. BROcq. — Je pense, comme M. Moty, qu'à l'aspect de la face on pouvait se demander si les lésions n'étaient pas syphilitiques ou tuberculeuses; mais je considère les lésions du dos de la main comme absolument identiques à celles du bouton de Biskra ou de Gafsa.

M. HALLOPEAU. — Les lésions de la face diffèrent complètement de celles du bouton de Biskra tel qu'il est représenté sur trois moulages de notre musée; celles du dos de la main rappellent la tuberculose verruqueuse de Riehl et Paltauf; ne s'agirait-il pas d'une forme anormale de tuberculose cutanée? Les résultats négatifs des examens bactériologiques ont peu de valeur en pareil cas.

M. BROcq. — Mais les résultats thérapeutiques en ont une grande. Une tuberculose cutanée n'aurait pas été améliorée de la sorte en trois semaines par la simple application d'emplâtre rouge.

M. MOTY. — Je n'ai jamais vu le clou de Biskra pur déterminer de cicatrice rétractile à la figure.

M. AUGAGNEUR. — Je tiens à faire des réserves sur cette affirmation de M. Brocq qu'une tuberculose de la face ne peut pas guérir en trois semaines. Par les moyens antiseptiques ou l'application de poudres inertes telles que le bismuth et le talc stérilisés sur un lupus ulcéreux, on peut en trois semaines ou un mois obtenir la cicatrisation des ulcérations; les infections secondaires disparaissent, il ne reste que le lupus tuberculeux sous-jacent.

M. BROcq. — Je n'ai jamais prétendu le contraire; mais ce qu'on ne guérit pas, c'est le substratum, le nodule tuberculeux. Or ici le substratum n'existe plus.

M. AUGAGNEUR. — Je ne crois pas qu'on puisse affirmer que ce malade est complètement guéri et que chez lui la lésion élémentaire a disparu.

M. AD. NICOLAS. — Je crois qu'il n'y a pas lieu de trop rapprocher les

différentes maladies boutonneuses ou ulcéreuses des pays chauds. Quand on parcourt les récits des voyageurs, on est frappé de la grande diversité de ces maladies. Je viens de parcourir la plupart de ces récits faits dans les dernières années; j'ai renoncé, pour ma part, à démêler la physionomie de chacune de ces affections, mais je signale ces récits aux dermatologistes. Les faits intéressants y sont noyés au milieu de faits qui ne le sont pas pour nous; mais ils témoignent du moins en faveur de la diversité de ces manifestations et, sans doute, de la faune ou de la flore parasitaire de ces contrées.

M. SABOURAUD. — Je suis persuadé qu'il existe en effet dans les pays chauds une flore microbienne et des accidents cutanés absolument inconnus en France.

M. BESNIER. — Je demande à M. Veillon si le parasite qu'il a cultivé avec l'actinomyces des analogies telles qu'on doive songer à employer l'iodure de potassium dans ces cas.

M. VEILLON. — Ce sont deux espèces différentes. Cependant nous aurions eu recours à l'iodure, s'il n'était survenu une amélioration aussi rapide.

M. BROCC. — J'insiste pour terminer sur différents points de ma communication. D'abord, les examens histologiques et surtout le résultat thérapeutique si radical éliminent l'idée de tuberculose que soulevaient les lésions de la face. Quant à la première atteinte du mal, qui aurait duré depuis 2 ans jusqu'à 14 ans, nous sommes forcés de nous en tenir aux affirmations du malade. En troisième lieu, il semble bien que le bouton d'Alep n'est pas tout à fait analogue au bouton de Biskra; on croit couramment à Alep qu'il existe deux variétés spéciales de bouton d'Alep, un bouton mâle qui est toujours unique, et un bouton femelle qui est multiple. Enfin, nous ne prétendons pas que le microbe particulier, cultivé par M. Veillon, soit certainement l'agent de la maladie.

Psoriasis invétéré traité par l'acide cacodylique.

Par M. DANLOS.

G. Vid.... horloger, âgé de 46 ans. Entré salle Bichat le 12 février 1897 (1).

On trouve, dans les antécédents héréditaires du malade, un peu d'eczéma chez le père, et des phénomènes d'épilepsie chez une des sœurs. Une autre sœur est sujette aux attaques de rhumatisme.

Le malade, d'une constitution robuste, fut bien portant toujours jusqu'à l'âge de 18 ans. En 1870, il fut atteint de la variole, et cette variole fut assez grave. C'est un an après environ qu'il remarqua dans son cuir chevelu l'apparition de squames.

Depuis cette époque, les poussées psoriasiques se succèdent sans interruption.

(1) Observation recueillie par M. Mauger, interne du service.

Localisée au cuir chevelu et au front pendant environ 10 ans, l'éruption se généralise, discrètement d'abord (face, jambe droite, cuisse gauche), puis complètement en 1890. Il survint en 1888 une attaque intercurrente d'arthropathie, interdisant au malade tout mouvement, et ayant nécessité son entrée à l'hôpital. Le premier traitement sérieux de l'affection remonte donc à cette époque : M. le Dr Besnier lui ordonna des bains de vapeur et de l'huile de cade. L'affection semblait vouloir s'éteindre quand une formidable poussée vint ajourner le départ du malade : bains d'amidon prolongés et huile de cade. G. V... part, quelque peu blanchi, au bout de trois mois et demi.

En 1890, l'éruption est tout à fait généralisée ; le malade incrimine les 8 grammes d'iodure de potassium qui lui furent donnés en traitement un peu avant cette généralisation. Il devint alors, dit-il, rouge écarlate. M. le Dr Brocq, pendant l'absence de M. le Dr Besnier emploie, sans aucun succès, la pommade pyrogallique.

A la suite d'une nouvelle crise articulaire très intense et très douloureuse, M. Besnier remet le malade à l'iodure de potassium ; il en prend pendant près de 3 mois la haute dose de 22 grammes par jour. L'éruption ne change pas et le malade reste rouge vif.

Depuis ce moment, l'état de la peau ne se modifie plus ; il y a bien quelques périodes d'accalmie relative, mais la surface cutanée ne blanchit jamais complètement, et il persiste toujours une rougeur notable ; les poussées se succèdent sans cesse et envahissent tous les points de l'organisme ; la face est surtout maltraitée. Le malade se traite cependant sans interruption et ne néglige jamais son affection.

Il emploie généreusement l'huile de cade, et pendant plusieurs saisons, le Dr Thibierge, qui remplace M. le Dr Besnier, prescrit différentes pommades. Successivement, le malade se traite par les pommades au naphthol et à l'acide pyrogallique ; par le baume du Pérou et par la pommade soufrée. Le résultat est d'ailleurs le même et, en désespoir de cause, on autorise le malade à reprendre son glycérolé cadique, le seul remède, dit-il, qui lui ait réussi le moins mal ; ce sont là les propres expressions du malade.

Le psoriasique entre dans le service de M. Danlos le 12 février. Il est en pleine éruption, et toutes les parties du corps sont largement envahies, le cuir chevelu et la face ne sont pas épargnés.

C'est le 18 février que l'on commence le traitement à l'acide cacodylique. La solution est la suivante :

Acide cacodylique neutralisé.....	2 gr. 50
Rhum.....	20 —
Sirop de sucre.....	20 —
Eau distillée.....	60 —
Essence de menthe.....	II gouttes.

c'est-à-dire qu'une cuillerée à café représente 0,12 centigrammes et demi.

Du 18 au 26 février, la dose est de 6 cuillerées à café, le malade la supporte bien. Pourtant, vers le 26 février, survient un peu de diarrhée qui fait baisser la dose. Pendant deux jours, on ne donne que 2 cuillerées ;

puis, en présence de la disparition des selles fréquentes, on revient progressivement à 4, 5 et 6 cuillerées. — Du 15 au 31 mars, la dose reste 6 cuillerées à café; la tolérance est absolue, et le malade se plaint uniquement de quelques absences de mémoire. L'urine est normale et normalement éliminée. Mais déjà une amélioration notable s'est produite; la face et le cuir chevelu ont changé manifestement de teinte; les démangeaisons, intenses au début, ont diminué très sensiblement, et l'aspect général de l'éruption est bien plus satisfaisant.

Vers le 3 avril, quelques nouveaux phénomènes d'intolérance se produisent; il s'agit de quelques coliques, accompagnées d'une diarrhée rebelle sans être intense. On interrompt complètement le traitement du 3 au 9 avril; puis, tout étant rentré dans l'ordre, on revient immédiatement à 4 cuillerées à café; le 3 mai, le malade en prend 5. L'amélioration continue sans interruption, une seule poussée de quelques jours s'est produite sur le corps vers la 3^e semaine du traitement, mais depuis ce moment, rien n'est venu troubler la marche de la guérison. Actuellement, l'état général est des plus satisfaisants, le sommeil et l'appétit, qui avaient diminué dans les premiers temps, sont parfaitement revenus, la digestion se fait bien et la santé générale est excellente. Quant au psoriasis, il est totalement modifié; le cuir chevelu est guéri, la face est tout à fait blanchie, le ventre, le thorax, le dos, sont à peine rosés, et il ne reste plus que les membres inférieurs à modifier. Les jambes sont encore rouges, quoique également très améliorées, et il persiste un certain psoriasis.

Quoi qu'il en soit, le malade, depuis de longues années, ne s'est trouvé en aussi bon état. Il est émerveillé de son traitement, le poursuit sans relâche, et voudrait pouvoir augmenter le nombre de ses cuillerées.

Dans ce cas, comme dans ceux publiés précédemment, c'est au cuir chevelu et sur la face que l'amélioration a été tout d'abord appréciable. Malgré l'énormité des doses d'arsenic, la médication a été bien tolérée sans autre effet secondaire qu'une odeur alliée très forte de l'haleine. — Pas d'hyperkératose ni de pigmentation. Toutefois au cours du traitement deux poussées congestives se sont produites sur les membres inférieurs; l'une d'elles a suivi immédiatement la suppression du médicament le 3 avril; l'autre s'est manifestée le 10 dès le lendemain de la reprise. Ajoutons enfin que depuis une dizaine de jours les cheveux tombent assez abondamment et que le malade, malgré l'excellence de son état général, a peut-être un peu maigri (1).

Obtiendra-t-on la guérison définitive et complète? Il est impossible de le dire; mais au moins à titre temporaire c'est une véritable transformation.

(1) Le malade pèse (21 mai) 59 kilogrammes; les années précédentes son poids variait, paraît-il, de 58 à 59 kilogrammes; il n'y a, par conséquent, pas d'amaigrissement appréciable.

M. E. BESNIER. — J'ai soigné, pendant très longtemps, ce malade pour un psoriasis invétéré, à forme arthropathique, sans jamais arriver à éteindre les poussées éruptives. Les arthropathies, au contraire, ont cédé aux doses colossales d'iodure de potassium menées jusqu'à 25 grammes par 24 heures, phénomène remarquable d'action médicamenteuse dissociée.

Bien que je reconnaisse n'avoir jamais obtenu une réduction aussi avancée de l'éruption chez ce malade ; je la considère surtout comme en rapport avec l'altération nutritive générale produite par la médication, et je réclame, pour un jugement définitif de ce cas, l'épreuve du temps.

Vergetures syphilitiques en plaques ovalaires.

Par M. DANLOS.

Il s'agit d'un homme d'une trentaine d'années, syphilitique depuis six ans. Le tronc dans sa totalité est parsemé de saillies rondes ou ovalaires, grandes en moyenne comme une pièce de cinquante centimes, confluentes par places, blanches, d'apparence cicatricielle et faisant un relief tel qu'on les prend à première vue pour des chéloïdes. A leur niveau, la peau est amincie, ce qui différencie ces éléments des saillies chéloïdiennes ; le relief tient simplement à la diminution de la résistance du derme qui cède à la tension intérieure. Dans les mouvements de flexion, les surfaces malades se couvrent d'une série de plis parallèles très fins qui donnent l'idée d'une pellicule. Aucun trouble de la sensibilité. Cet état est stationnaire et paraît remonter à la période secondaire de la syphilis. Le malade dit qu'il a été précédé par une roséole papuleuse, mais ne peut affirmer que les éléments atrophiques aient succédé *in situ* à des saillies papuleuses. L'affection est absolument limitée au tronc. Rien à la face. Sur les membres on note de la kératose pileaire très développée. Aucun facteur étiologique autre que la syphilis. Le malade, fortement alcoolique est entaché de tare nerveuse héréditaire (asymétrie faciale, un frère aliéné).

M. DARIER. — J'ai examiné histologiquement des cas analogues et j'ai constaté une rupture du réseau élastique comme dans les vergetures. Mais cette vergeture est-elle toujours le reliquat d'une papule syphilitique ? Plusieurs malades m'ont affirmé qu'ils n'avaient pas eu auparavant d'éruption apparente de syphilis dans les points où siégeaient ces macules cicatricielles.

M. WICKHAM. — J'ai vu chez plusieurs malades des lésions semblables nettement consécutives à des syphilides papuleuses.

M. BALZER. — J'ai vu aussi plusieurs fois des vergetures analogues suc-

céder directement à des lésions papuleuses; chez deux malades entre autres, j'ai assisté à cette transformation. Je n'ai pas fait de biopsie; mais tous les auteurs ont confirmé qu'il s'agit de vergetures analogues à celles de la grossesse.

M. G. THIBIERGE. — L'examen histologique d'un fragment de peau du malade de M. Danlos a été fait par M. Chibret pendant que ce malade était dans mon service: les lésions, comme dans les vergetures vulgaires, portaient sur le réseau élastique.

M. FOURNIER. — J'ai observé plusieurs cas analogues à celui-ci. Dans tous ces cas, cette variété de vergetures a succédé à des lésions absolument sèches, non ulcéraives; ce sont des vergetures post-syphilitiques.

Quant aux syphilides du cou, il peut y avoir certainement au cou des cicatrices syphilitiques; mais la syphilide pigmentaire réticulée est à coup sûr une lésion primitive.

J'ai observé en ville des femmes très attentives à l'état de leur peau, qui n'avaient jamais eu sur le cou la moindre éclaboussure de syphilis, et chez qui j'ai assisté en quelque sorte à la formation des syphilides pigmentaires.

Deux cas de syringomyélie à type Morvan.

Par MM. GASTOU, LESNÉ et DOMINICI.

La malade que nous avons l'honneur de présenter à la Société est atteinte depuis six ans d'accidents syringomyéliques. L'affection a débuté sans cause apparente. Voici son observation:

Catherine R..., 57 ans. Aucun antécédent héréditaire à signaler.

Il y a 6 ans apparaissent des douleurs dans le bras gauche. Elles étaient intermittentes, légères, et s'accompagnaient de sensations d'engourdissement, de refroidissement à peu près continu, localisées dans la même région. Depuis 6 ans ces phénomènes ont subsisté en s'accroissant.

Il y a 2 ans des bulles remplies d'un liquide clair se montrent au niveau de l'avant-bras et de la région deltoïdienne. Leur éclosion est brusque, leur durée est de 15 jours environ et elles disparaissent, laissant à leur place des cicatrices encore visibles.

Il y a deux mois le petit doigt du côté gauche augmente de volume; il est le siège d'un panaris qui évolue sans douleur, s'ulcère dans la portion distale. La phalange est éliminée.

État actuel. — On constate un début d'atrophie de l'éminence thénar du côté gauche sans amyotrophie du côté du bras, de l'avant-bras, de l'épaule. Pas de tremblement fibrillaire.

La sensibilité au tact est conservée sur toute l'étendue du corps. Il existe une analgésie relative au niveau des membres supérieurs. Elle

diminue de l'extrémité de ceux-ci à leur racine où elle disparaît suivant une ligne circulaire correspondant à l'insertion humérale du deltoïde. Le trouble de la sensibilité coïncide avec une thermo-anesthésie qui lui est exactement superposable.

Refroidissement des extrémités supérieures perçu par la malade.

Au niveau de la face palmaire de la main gauche la peau est épaissie, surtout dans la région de l'éminence hypothénar.

Le petit doigt, énormément tuméfié, offre une surface rougeâtre, crevassée, ulcérée, desquamante.

La peau de la face dorsale des deux dernières phalanges du médus et de l'annulaire du côté gauche est amincie et luisante.

Les ongles des quatre premiers doigts sont fissurés et noirâtres.

Du même côté on constate un état glabre de la peau au niveau de la zone cubitale de l'avant-bras. Là le tégument externe est eczématisé et épaissi.

Cette modification paraît être le reliquat de poussées congestives qui depuis deux ans se sont produites 3 ou 4 fois non seulement à l'avant-bras, mais encore sur la partie interne du dos de la main correspondante avec participation des trois derniers doigts.

Les poussées étaient caractérisées par une rougeur marquée de la peau avec œdème considérable.

Depuis un an le tendon fléchisseur du médus est rétracté.

Il existe une scoliose à convexité tournée du côté où siègent les lésions que nous avons décrites.

Exagération des réflexes rotuliens. Pas de phénomène du pied.

Marche normale.

Pas de paralysie des membres supérieurs.

Pas de troubles sphinctériens.

Mydriase. La pupille gauche paraît un peu plus grande que celle du côté droit.

Notre second malade semble calqué sur le précédent. Mais tandis que chez la femme, dont le panaris siège à l'auriculaire, les troubles de sensibilité sont plus marqués dans la zone du nerf cubital; chez cet homme, dont le pouce seul est atteint, ils prédominent dans la zone du radial. D'autre part, l'affection a succédé ici à une chute sur l'épaule du côté de la lésion. Voici l'histoire de ce malade.

E. M..., tabletier en peignes, est né à Paris, d'une mère parisienne et d'un père franc-comtois. Il a été en nourrice en Beauce, puis fut envoyé pendant deux ans en Picardie où il a été soigné pour de fréquentes bronchites.

Le père est bien portant, la mère tousse tous les hivers, mais n'a jamais eu d'hémoptysie; pas de fausse couche; elle n'a eu qu'un autre enfant qui est mort de rougeole à un mois.

Étant tout jeune, notre malade a eu la rougeole et plusieurs bronchites avant 7 ans. A treize mois, à la suite d'une chute sur la tête, il a présenté une otorrhée double qui a duré jusqu'à treize ans, sans qu'il ait persisté

aucun trouble de l'audition. En janvier 1897, on lui enleva une amygdale et des végétations adénoïdes.

Il y a deux ans, après une chute sur l'épaule droite, on remarqua dans l'entourage du malade que l'épaule gauche s'abaissait; puis le bras droit s'affaiblit, ainsi que les membres inférieurs où apparurent des crampes. A partir de ce moment la sensibilité du bras droit diminua rapidement, si bien que depuis un an et demi à peu près, il est arrivé à notre malade de ne s'apercevoir d'une coupure ou blessure que par l'hémorragie qu'elle provoquait.

Il y a un an, sans raison, il s'est fait un panaris du pouce droit, qui a évolué sans douleur, et dont l'incision même, bien que profonde, n'a pas été sentie du malade.

Depuis six mois l'épaule droite s'est développée en arrière d'une façon très marquée, tandis que l'épaule gauche s'est encore abaissée.

Actuellement, l'état général est satisfaisant. On est de suite frappé de la gibbosité que le malade porte au niveau de l'omoplate droite. La cage thoracique, aplatie à gauche et en arrière, est saillante en avant de ce côté.

La colonne dorsale présente une scoliose convexe à droite, les vertèbres lombaires sont déplacées en sens inverse.

La scoliose est accompagnée de cyphose; au-dessous il y a une courbure de compensation.

La région déformée est le siège de quelques douleurs vagues qui apparaissent à la suite d'un travail prolongé.

La marche s'effectue normalement. Pas de douleurs dans les membres, qui ont conservé toute leur force.

Les réflexes rotuliens sont exagérés; pas de trépidation épileptoïde. Les autres réflexes sont normaux. Pas de troubles des réservoirs. Un peu d'inappétence sexuelle.

La dernière phalange du pouce est augmentée de volume, l'ongle très déformé et les tissus bien qu'infiltrés ne contiennent plus de pus. Il y a un peu d'atrophie des éminences thénar et hypothénar, mais rien au bras et à l'avant-bras.

La sensibilité est très atteinte au niveau du membre supérieur droit. Ces troubles de sensibilité disparaissent à un travers de main de la racine du membre, et sont les suivants:

Conservation de la sensation de tact et analgésie surtout marquée au bras et sur le pouce malade, moins accentuée le long du bord cubital de l'avant-bras. Enfin il y a de la thermo-anesthésie distribuée suivant le même mode.

L'examen des autres organes ne nous a révélé aucune autre particularité.

Il n'y a aucun stigmate hystérique, à part cependant du dermatographisme.

Hérédo-syphilis. Dactylite syphilitique.

Par MM. E. GAUCHER et BARBE.

Voici un enfant de 15 mois qui depuis 3 mois est atteint aux organes génitaux d'une éruption de papules cuivrées ; sur la face interne des cuisses existent des macules pigmentées qui sont le reliquat d'une éruption semblable.

Il y a 2 mois il est survenu au creux poplité droit une gomme un peu moins grosse qu'un œuf de pigeon ; une autre collection semblable s'est montrée à la fesse gauche. Toutes deux, sur le point de s'ouvrir à l'extérieur, ont été incisées à l'hôpital Trousseau ; celle du creux poplité n'est pas encore cicatrisée.

L'enfant est cachectique, est atteint depuis longtemps déjà d'un coryza chronique ; son nez est un peu écrasé à la racine et son front est olympien. Mais il n'y a pas la triade d'Hutchinson.

À l'hôpital Trousseau des soins de propreté avaient été prescrits aux organes génitaux ; au bout de trois semaines, cette éruption n'avait pas changé d'aspect. Le traitement antisiphilitique fut alors ordonné et en 7 jours il y eut une amélioration considérable.

Depuis 5 à 6 jours l'enfant présente une tuméfaction de la première phalange de l'index gauche, due, selon nous, à une dactylite osseuse syphilitique. Le diagnostic différentiel de la dactylite syphilitique et du spina-ventosa tuberculeux est des plus difficiles, car l'aspect objectif des lésions est le même dans les deux cas. Mais ici il y a des signes manifestes d'hérédo-syphilis.

Sur un cas très probable de lèpre bretonne.

Par M. H. HALLOPEAU.

Les cas autochtones de lèpre bretonne sont encore bien peu nombreux ; il nous paraît à cet égard intéressant de montrer à la Société une malade qui, selon toute vraisemblance, en est atteinte ; nous verrons qu'elle présente, d'autre part, quelques particularités remarquables.

La nommée Joséphine D..., âgée de 25 ans, née à Plœrneuf (Bretagne), entre le 22 février, au n° 16 de la salle Lugol.

Il n'y a rien à noter dans son histoire comme accidents héréditaires. Elle n'avait jamais quitté la Bretagne lorsqu'elle est venue à Paris ; son village n'est qu'à quelques kilomètres de la mer, mais elle ne se rappelle pas avoir été en rapport avec des pêcheurs revenus d'Islande ; elle ne connaît personne, dans son entourage, ayant eu une maladie de la peau.

La maladie dont elle est atteinte actuellement a débuté, il y a trois ans, dans les régions des aines, par des boutons qu'elle définit mal ; les aisselles ont été envahies il y a deux ans.

Il y a 18 mois, une nouvelle éruption s'est développée au-dessous des côtes, sur la partie droite de l'abdomen. Ces poussées se sont accompagnées, à leur début, d'un prurit pénible.

Depuis un an, il se produit des phénomènes d'asphyxie locale des extrémités.

Le visage a été intéressé.

Les nappes éruptives actuelles ont commencé à se manifester il y a six mois : elles se sont partout étendues progressivement.

Cette femme est de constitution moyenne ; sa santé générale ne paraît pas altérée.

Son visage est pigmenté et on y remarque, par places, une légère desquamation furfuracée.

Le pourtour de l'oreille droite desquame de même légèrement.

L'éruption occupe surtout actuellement les aisselles et les parties qui les avoisinent, les aines et la partie latérale du tronc ; dans les aisselles et les aines, elle est constituée par de très larges nappes d'un rouge un peu jaunâtre qui ne disparaît qu'incomplètement sous la pression du doigt et laisse alors une coloration pigmentée claire ; leurs bords sont nettement limités et polycycliques à très larges rayons ; la sensibilité y est intacte dans tous ses modes, comme partout ailleurs. A droite, la nappe rouge occupe toute la région de l'aisselle et la dépasse ; en avant, elle forme au-devant d'elle une plaque ovalaire qui s'étend sur la partie interne du bras ainsi que sur la partie correspondante du thorax, sur un rayon d'environ 8 centimètres verticalement ; elle s'étend, sur une hauteur de 20 centimètres jusqu'au niveau de la dernière côte ; son bord antérieur répond à la ligne mamelonnaire ; en arrière, son bord dorsal est distant d'environ 7 centimètres de la ligne axillaire.

La rougeur de cette nappe est uniforme bien qu'un peu plus accentuée dans le creux axillaire.

On voit, au-devant de cette grande plaque, deux taches semblables.

Du côté gauche, existe une éruption symétrique à la précédente, mais plus étendue, car elle atteint en avant la ligne médiane.

Des plaques semblables occupent symétriquement les régions inguinales ; elles sont limitées en haut par une ligne qui correspond à l'extrémité supérieure des poils pubiens ; elles s'étendent latéralement de chaque côté sur la partie supéro-interne des cuisses, simulant ainsi un érythrasma.

La plaque abdominale est située sur la ligne mamelonnaire du côté droit ; elle diffère des précédentes : son contour, dans lequel on peut distinguer 7 fragments de ce cercle à courts rayons, est formé par la coales-

cence de saillies papuleuses rosées qui disparaissent complètement sous la pression du doigt ; plusieurs saillies semblables se trouvent dans son aire ; elle mesure environ 8 centimètres de diamètre.

Au-devant de la cuisse gauche, on voit une plaque circinée d'environ 4 centimètres de diamètre ; elle est circonscrite par un rebord érythémateux qui a près d'un centimètre de diamètre ; plus en dedans, l'on constate l'existence d'un disque moins coloré ; enfin une saillie lenticulaire rosée occupe le centre de cette plaque : elle figure donc une cocarde.

On n'observe actuellement aucun autre phénomène morbide. Les nerfs cubitaux ne sont pas augmentés de volume.

En mars, nous notons la remarquable sinuosité des contours des grandes plaques, la présence de taches plus petites à leur périphérie, la couleur plus foncée des plaques thoraciques dans les creux axillaires et l'existence d'un autographisme très prononcé ; les plaques abdominales et crurales se sont presque effacées, mais elles reparaissent sous l'influence de frictions douces ou du simple contact de l'air.

Le 23 avril, les plaques thoraciques ont notablement pâli, elles sont cependant encore nettement appréciables ; leur couleur est actuellement d'un brun très clair dans lequel on retrouve encore des traces d'érythème, car elle ne disparaît qu'incomplètement sous la pression du doigt ; on peut la comparer à celle du café au lait mélangé d'une nuance rosée ; on voit, dans ces plaques, des vaisseaux dilatés.

La plaque génito-crurale conserve les mêmes caractères, mais celle de l'abdomen semble, par instants, s'être presque complètement effacée ; elle reparait nettement dès que l'on laisse la région découverte ; une nouvelle plaque s'est développée sur la fesse droite, elle disparaît sous pression du doigt ; au milieu de la plaque inguinale droite, on voit se détacher un cercle saillant, des dimensions d'une pièce d'un franc, de coloration plus foncée et plus érythémateuse.

Une plaque circinée occupe le milieu de la région dorsale ; elle est très pâle et disparaît sous le doigt.

On voit également au coude droit une macule bistrée circulaire.

Le 19 mai, le cercle érythémateux signalé précédemment dans l'aire de la grande plaque axillaire droite persiste avec les mêmes caractères ; ses contours sont très irréguliers aussi bien en dehors qu'en dedans ; il est légèrement saillant.

Les plaques fessières persistent ; celle du côté gauche mesure 9 centimètres verticalement sur 8 transversalement ; elle est constituée par un anneau dont le diamètre varie de 8 à 15 millimètres ; non saillant, il ne disparaît qu'incomplètement sous le doigt ; il comprend donc un élément érythémateux et un élément pigmenté ; dans sa partie interne, il présente par places de légères élevures ; en haut, il atteint dans sa partie médiane, des dimensions plus considérables ; il s'avance dans l'aire qu'il circonscrit de manière à y former une surface colorée d'environ 3 centimètres de rayon sur 3 transversalement.

A la partie interne de cet anneau, on voit deux plaques de petites dimensions, à contours polycycliques, légèrement saillantes, disparaissant com-

plètement sous le doigt; elles sont confluentes entre elles et l'une d'elles l'est avec la grande plaque.

A droite, la grande plaque fessière mesure actuellement 14 centimètres verticalement sur 17 d'avant en arrière; elle est surtout constituée par un anneau périphérique, légèrement saillant, d'un rouge clair s'effaçant complètement sous le doigt; la partie antérieure de cet anneau faisant défaut, sa figure rappelle celle d'un fer à cheval dans l'aire duquel on voit un certain nombre de taches érythémateuses légèrement saillantes; les unes disparaissent complètement sous le doigt, les autres persistent partiellement.

La plaque signalée antérieurement dans la région du coude n'est plus appréciable bien qu'il y ait peut-être, là encore, un léger trouble de pigmentation; les plaques axillaires ont très notablement pâli.

On peut suivre tous les intermédiaires entre les différents éléments éruptifs que nous venons de signaler chez cette malade: au début, c'est une tache érythémateuse, nummulaire, légèrement saillante, s'effaçant complètement sous le doigt; bientôt cette tache s'agrandit excentriquement en même temps que sa partie centrale reprend la coloration normale ou conserve une teinte bistrée; le mélange de bistre et d'érythème persiste pour ainsi dire indéfiniment dans ces éléments éruptifs, avec cette différence que l'élément érythème prédomine dans les plaques récentes, tandis que, dans les éléments anciens, c'est la pigmentation.

Les muqueuses et les organes des sens paraissent intacts.

Une biopsie, pratiquée par M. Laffite dans la partie scapulaire de la grande plaque droite du thorax, n'y a révélé qu'une légère infiltration de leucocytes autour des vaisseaux.

La sensibilité, étudiée minutieusement dans ses divers modes, n'a présenté aucune altération; il n'y a pas non plus de sensations anormales.

Par instants, les plaques pâlisent, mais il suffit d'une légère friction ou même du simple contact de l'air pour les raviver.

Nous considérons, comme très probable, pour ne pas dire certain, que nous nous trouvons en présence d'une lèpre bretonne. On ne connaît pas en effet jusqu'ici, en dehors de la lèpre, d'affection exclusivement constituée par des plaques érythémateuses à progression excentrique, récidivant incessamment et se terminant par des pigmentations persistantes: s'il ne s'agit pas d'une lèpre, nous sommes contraint d'admettre l'existence d'un type clinique non encore décrit; mais, si on veut bien se rapporter aux détails de notre observation, on pourra voir que ces érythèmes et ces pigmentations représentent traits pour traits ceux que les classiques ont décrits dans la phase initiale de la lèpre, particulièrement dans sa forme anesthésique: tels sont, en particulier, le mélange des tons bistrés, café au lait et érythémateux, le ravivement des teintes sous l'influence des excitations mécaniques, l'extension progressive des anneaux, les pigmen-

tations consécutives, les localisations dans les plis articulaires et au niveau des régions qui, comme les fesses et les coudes, sont sujettes aux pressions prolongées, la coïncidence, signalée par Kalindero, avec des phénomènes d'autographisme et aussi avec de l'asphyxie locale des extrémités.

Il est d'observation également que les troubles de la sensibilité peuvent ne se manifester que très tardivement : nous avons cité à cet égard, dans notre article *Lèpre du Traité de médecine et de thérapeutique*, l'opinion formelle du professeur von Düring qui a pu étudier la lèpre sur une grande échelle à l'hôpital de Constantinople.

Ajoutons enfin que la malade est bretonne et suspecte, par conséquent, d'une contamination dans son pays natal.

Nous devons signaler dans ce fait plusieurs particularités dignes d'intérêt.

Telles sont d'abord les dimensions considérables qu'ont prises les nappes axillaires et génito-crurales : nous avons publié, avec M. Jeanselme, un cas de lèpre dans lequel il en était de même.

L'aspect des altérations inguinales rappelle singulièrement celui de l'érythrasma : l'examen histologique a démontré qu'il ne s'agit pas de cette dermatose ; on n'y trouve pas en effet le microsporon minutissimum.

Les recherches du bacille de Hansen, pratiquées dans notre laboratoire par M. Laffitte, sont jusqu'ici restées complètement infructueuses ; on ne saurait s'en étonner, s'il s'agit d'une forme trophonévrotique ; d'ailleurs la biopsie a été faite au niveau d'une plaque bistrée ancienne, altération qui représente une période régressive de la maladie ; ces recherches vont être renouvelées dans les parties érythémateuses récemment envahies : il est possible, en effet, que, même dans les formes nerveuses, le sang contienne passagèrement de ces microbes dans les périodes d'extension de la maladie : nous ne pouvons méconnaître, d'autre part, que ce bacille peut faire défaut dans des cas de lèpre déjà ancienne à manifestations multiples : il en a été ainsi chez plusieurs malades de notre service ; chez d'autres, M. Jeanselme, après en avoir constaté l'existence au moment de poussées aiguës, l'a cherché en vain de nouveau dans des phases ultérieures de la maladie. L'absence du bacille ne doit donc pas être invoquée comme un argument contre notre diagnostic.

En résumé, nous croyons pouvoir admettre comme très vraisemblable l'existence, chez cette bretonne, d'une lèpre caractérisée, jusqu'ici, exclusivement par des troubles de l'innervation vasomotrice et la production consécutive de taches pigmentaires dont les caractères sont tellement spéciaux que nous avons tendance à les considérer comme pathognomoniques.

M. BESNIER. — Le diagnostic de lèpre bretonne me semble un peu hâtif en présence d'une maladie datant de trois ans, sans trouble de sensibilité, sans le bacille caractéristique. Il faudrait rechercher celui-ci dans les fosses nasales, où il peut produire, comme je l'ai constaté, une perforation de la cloison. En dehors de tout caractère positif, je pense qu'il faut rester dans le doute, c'est un cas anormal, un cas à classer.

M. HALLOPEAU. — L'absence d'anesthésie et de bacilles lépreux ne peut suffire à faire rejeter le diagnostic de lèpre.

M. BESNIER. — Cependant le diagnostic doit reposer sur des caractères positifs et non sur des caractères négatifs.

Quatrième note sur un cas de mycosis fongoïde (éruptions psoriasiformes ; néoplasies sous-cutanées ; lésions rénales ; tentatives d'inoculation à un macaque).

Par MM. HALLOPEAU, G. BUREAU et E. WEIL.

La malade sur laquelle nous nous permettons d'appeler pour la quatrième fois l'attention de la Société a présenté jusqu'à la fin de sa vie des particularités intéressantes.

La dernière partie de son observation peut être résumée ainsi qu'il suit :

2 janvier 1896. La nommée D..., couchée au n° 19 de la salle Lugol, est depuis l'ablation de la tumeur gangrénée qui lui donnait la fièvre, dans un état d'accalmie relative.

Cependant, depuis quelques jours, le thermomètre remonte à 38°. De nouvelles néoplasies se sont manifestées à la périphérie de la tumeur abrasée qui a fait place à une surface bourgeonnante de bon aspect. On trouve, sur le tronc et les membres inférieurs, de larges plaques érythrodermiques avec épaississement de la peau et de nombreuses tumeurs mycosiques ulcérées ou non. Dans la paume des deux mains, l'éruption revêt la forme de placards arrondis ou très allongés, pigmentés, indurés, recouverts de squames épaisses et adhérentes, tranchant sur la peau saine. Correspondant assez souvent aux plis cutanés, ils offrent une certaine analogie avec des plaques de psoriasis ou des syphilides squameuses.

A la partie inférieure de la jambe droite, on observe, depuis quelques jours, des tuméfactions qui paraissent intéresser surtout la partie profonde de la peau et le tissu sous-dermique. Elles sont mobiles sur le squelette. Au-dessus du cou-de-pied, elles sont disposées suivant une ligne à concavité antérieure qui occupe toute la moitié interne de la région sur une hauteur variant de 4 à 6 centimètres.

A la partie externe de la jambe, on voit une grosseur du volume d'une petite châtaigne. La peau glisse nettement à sa surface.

25 janvier 1897. L'état de la malade s'est maintenu sensiblement le même. La plaie consécutive à l'ablation de la grosse tumeur est presque cicatrisée, mais à côté se trouve une ulcération à extension progressive. Les deux petites tumeurs qui existent sur la face externe de la cuisse droite ont pris depuis quelques jours un développement excessif. Elles sont bourgeonnantes, lobulées, en forme de choux-fleurs. Leur surface est ulcérée et suppure. L'une d'elles atteint presque les dimensions d'une mandarine. La plante du pied gauche est occupée par une sorte d'induration profonde, de couleur violacée, et douloureuse à la pression. Sur le membre supérieur, on voit toujours des lésions d'aspect psoriasiforme, cependant les placards sont plus surélevés que ceux du psoriasis. Dans la paume des mains au contraire existent de nombreuses lésions offrant tout à fait l'aspect du psoriasis palmaire. Sur toute la face, on observe une teinte rouge pâle qui s'accompagne d'une desquamation furfuracée. Dans le cuir chevelu également la desquamation furfuracée est très étendue. Depuis huit jours, la malade prend chaque jour quatre pilules de Hoang-nan.

3 février 1897. Au niveau de la cuisse gauche existent deux tumeurs sous-cutanées confluentes, des dimensions de grosses noix, ramollies et peut-être abcédées.

A la partie moyenne du même membre, on voit une masse saillante d'environ 5 centim. de diamètre, sphacélée à sa partie centrale. On trouve des saillies végétantes innombrables à la surface du corps. La peau de l'abdomen est rouge, tendue, vernissée, très inégale à sa surface.

La malade succombe le 5 février aux progrès de la cachexie et du marasme.

AUTOPSIE, le 7 février 1897. — On note tout d'abord un affaissement général des tumeurs cutanées qui ont, non seulement diminué de volume, mais beaucoup pâli.

On ne trouve rien de particulier dans la cavité thoracique. Le cœur est normal d'aspect, et non hypertrophié. Les poumons sont légèrement congestionnés à leur base. Les ganglions trachéo-bronchiques ne sont pas volumineux.

Dans l'abdomen, le foie est énorme et remplit toute la partie supérieure de cette cavité. Il pèse 3,250 grammes. Sa couleur est blanche; il est lisse et onctueux au toucher. C'est un énorme foie gras. Il ne présente pas la réaction de la dégénérescence amyloïde. Il a un aspect blanchâtre, comme du mastic, dans sa totalité.

La rate est de volume ordinaire et d'aspect normal.

Les reins réunis pèsent 260 grammes. Le rein gauche n'offre absolument rien de particulier. Il se décortique bien et sa couleur est régulièrement blanche. L'aspect du rein droit est identique, mais on voit, au niveau de son bord externe, faisant une saillie de 2 centimètres, environ un noyau blanchâtre recouvert par la capsule.

A la coupe, le noyau se prolonge dans l'intérieur de la couche corticale

à une profondeur de 1 centimètre environ. Ses limites sont nettes, sa consistance molle. Son aspect blanchâtre rappelle bien certains noyaux cancéreux secondaires. Par le raclage, il donne un suc blanchâtre.

Il n'y a pas d'adénopathies dans la cavité abdominale.

Il n'y a rien à noter du côté des organes génitaux.

Le cerveau n'offre rien de particulier.

À la coupe, le noyau rénal apparaît sous forme d'un pois fortement coloré, faisant saillie hors du parenchyme. Il est plus foncé que le reste du tissu parce qu'il a fixé fortement les couleurs à élection nucléaire. Nous n'insisterons pas sur sa structure qui doit être étudiée spécialement par l'un de nous, en collaboration avec M. Leredde, dans un travail d'ensemble sur la question.

Nous dirons seulement que le noyau est formé, dans sa presque totalité, de cellules éosinophiles constituant un lymphome mal délimité et infiltrant le parenchyme rénal. On ne trouve pas un réseau en tous les points, mais en différentes places le tissu réticulé semble très net. On ne peut douter qu'on ne se trouve en présence d'un cas de localisation mycosique dans le rein.

La peau offre la structure générale des altérations mycosiques.

Les lésions s'infiltrèrent très profondément dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Comme nouveaux phénomènes cliniques, nous signalerons dans cette histoire pathologique, la *grande ressemblance qu'offraient les lésions palmaires avec celles du psoriasis*; ce fait vient à l'appui de cette remarque que, dans cette région, les altérations de la peau, quelles qu'en soient l'origine et la nature, ont tendance à revêtir des caractères symptomatiques très analogues. On sait, depuis longtemps, qu'il en est ainsi pour l'eczéma et les syphilides, si bien que parfois les cliniciens les plus expérimentés se trouvent dans l'impossibilité d'arriver à un diagnostic ferme entre ces éruptions s'il ne tiennent compte que de leurs localisations dans ces régions. Notre observation montre qu'il faut ajouter le mycosis fongioïde aux dermatoses qui peuvent ainsi simuler le psoriasis palmaire. Il n'est pas douteux que c'est à la structure particulière de cette région, et notamment à l'épaisseur de son épiderme qu'il faut attribuer ces modalités symptomatiques.

Un autre fait digne d'être mentionné chez notre malade est l'*absence de récidive au niveau de la grosse tumeur enlevée chirurgicalement*. Ce fait, que l'un de nous a déjà noté chez une autre malade doit encourager à recourir à l'ablation chaque fois qu'une de ces néoplasies prend des proportions excessives ou donne lieu à des accidents d'intoxication secondaire, quand elle vient à s'ulcérer ou surtout à se sphacéler.

Nous avons vu que, dans les dernières périodes de la maladie, cette

dermatose n'était plus restée limitée au tégument externe et qu'elle avait envahi profondément le tissu hypodermique en diverses régions : c'est là un fait digne d'intérêt, car Kaposi a considéré ces néoplasies sous-cutanées comme pouvant servir à distinguer sa lymphodermie perniciose du mycosis fongoïde : l'histoire de notre malade montre qu'elles peuvent survenir dans des cas typiques de mycosis.

Les résultats de l'autopsie montrent également que l'existence de tumeurs lymphoïdes dans les viscères peut s'observer dans cette maladie aussi bien que dans la leucémie, témoin la tumeur rénale trouvée chez notre malade ; dans un cas analogue, Kaposi avait observé la même localisation. Il semble donc bien qu'il y ait des traits de passage entre le mycosis et la leucémie : l'incertitude continuera relativement à ces rapports aussi longtemps que l'on n'aura pas élucidé la cause prochaine de ces maladies.

Dans ce but, nous avons demandé à M. Laffitte d'inoculer à un macaque, dans notre laboratoire, une tumeur mycosique. Cette opération a été pratiquée le 17 mars 1897 ; un fragment de tissu de mycosis fongoïde, long de 3 centimètres et demi, large de 1 centimètre, épais de 7 millimètres, a été inoculé à cet animal, dans la région inter-scapulaire, en partie dans le tissu cellulaire sous-cutané, en partie (au même point) à la surface de la peau, préalablement fermée par 4 points du suture.

Le tissu malade a été inoculé aussitôt la biopsie faite.

Les deux tiers du fragment mycosique ont été insérés sous la peau. Pour l'autre tiers, il a été longuement écrasé au pilon, dans un mortier, et c'est la pulpe ainsi produite qui a été étalée, sur une étendue d'une pièce de 5 francs environ, à la surface de la peau rasée, raclée au scalpel et abondamment scarifiée. Un pansement au collodion a maintenu le tout. La plaie, parfaitement aseptique, a guéri sans une goutte de pus.

27 mai. Le fragment inséré paraît résorbé ; la santé de l'animal est parfaite.

Nous résumons ainsi qu'il suit les conclusions de ce travail :

1° *Les tumeurs mycosiques enlevées chirurgicalement peuvent ne pas récidiver in situ ;*

2° *Les localisations palmaires du mycosis peuvent offrir une grande ressemblance clinique avec celles du psoriasis et de toutes les dermatoses squameuses de cette région ;*

3° *Le mycosis peut envahir consécutivement au derme, ou intéresser primitivement, le tissu cellulaire sous-cutané et les couches profondes des membres ; cette localisation ne doit donc pas être considérée comme appartenant en propre à la lymphodermie per-*

nicieuse de Kaposi ; elle ne peut servir à différencier les deux maladies ;

4° Le mycosis peut envahir les viscères et particulièrement le parenchyme rénal ;

5° Une inoculation au singe, pratiquée dans les conditions les plus favorables, a donné des résultats purement négatifs.

Note concernant les alopecies et les séborrhées.

Par M. R. SABOURAUD.

J'ai l'honneur de vous présenter un malade et deux lapins.

Le malade porte une calvitie vulgaire commençante, il a 25 ans, l'âge auquel la maladie se déclare d'habitude. Je l'ai pris au hasard parmi beaucoup d'autres pour vous offrir une démonstration clinique des faits bactériologiques que je vous ai communiqués récemment.

Depuis six semaines, il se masse régulièrement le cuir chevelu trois fois par semaine avec une pommade contenant de l'huile de cade. Il s'en est suivi une imprégnation de tous les cocons microbiens séborrhéiques par le principe colorant de l'huile, et chacune de ses colonies microbiennes, chacun de ses comédons du cuir chevelu est devenu visible à l'œil nu dans l'orifice folliculaire.

La pression de la peau entre deux ongles permet de vérifier que ce sont des comédons, et l'examen microscopique montre leur nature microbienne. C'est là simplement un moyen de rendre visible à l'œil du clinicien, ce qui n'était visible qu'à l'œil du bactériologiste.

Quant aux lapins que je vous présente, l'un est celui-là même que je vous ai montré il y a trois mois, et qui est inoculé de toxine séborrhéique depuis le mois de janvier dernier ; sa calvitie se répare seulement à l'heure présente, elle est encore bien nettement visible. Il a donc fallu à ce lapin plus de quatre mois pour éliminer le poison qu'il a reçu (poison sans microbe). Ceci montre avec quelle lenteur ces poisons solubles s'éliminent.

Le second lapin que je vous présente a été inoculé au milieu du dos il y a 25 jours environ avec de la même toxine séborrhéique issue d'une culture de pelade. Dix-sept jours après a commencé à naître sur le flanc et sur la fesse gauche une plaque alopecique qui se présente aujourd'hui parfaitement nette et bien formée. Elle a environ 14 centimètres d'avant en arrière sur 8 à 9 centimètres de hauteur, ses

contours sont polycycliques. En la plupart de ses points elle est parfaitement glabre. En d'autres et sur ses bords il reste quelques flots de poils encore en place. Elle s'agrandit et se parfait chaque jour.

Ce sont là d'ailleurs des expériences qui ne se prêtent encore qu'à des *constatations de fait*, et il faudra longuement attendre avant que les résultats d'inoculation des toxines séborrhéiques puissent s'exprimer en formules générales. Mais ces résultats expérimentaux présentent assez d'intérêt pour que j'aie pensé devoir vous les présenter de suite au moment où ils peuvent être vérifiés par tous.

Le Secrétaire,

L. BRODIER.

A la partie externe de la jambe, on voit une grosseur du volume d'une petite châtaigne. La peau glisse nettement à sa surface.

25 janvier 1897. L'état de la malade s'est maintenu sensiblement le même. La plaie consécutive à l'ablation de la grosse tumeur est presque cicatrisée, mais à côté se trouve une ulcération à extension progressive. Les deux petites tumeurs qui existent sur la face externe de la cuisse droite ont pris depuis quelques jours un développement excessif. Elles sont bourgeonnantes, lobulées, en forme de choux-fleurs. Leur surface est ulcérée et suppure. L'une d'elles atteint presque les dimensions d'une mandarine. La plante du pied gauche est occupée par une sorte d'induration profonde, de couleur violacée, et douloureuse à la pression. Sur le membre supérieur, on voit toujours des lésions d'aspect psoriasiforme, cependant les placards sont plus surélevés que ceux du psoriasis. Dans la paume des mains au contraire existent de nombreuses lésions offrant tout à fait l'aspect du psoriasis palmaire. Sur toute la face, on observe une teinte rouge pâle qui s'accompagne d'une desquamation furfuracée. Dans le cuir chevelu également la desquamation furfuracée est très étendue. Depuis huit jours, la malade prend chaque jour quatre pilules de Hoang-nan.

3 février 1897. Au niveau de la cuisse gauche existent deux tumeurs sous-cutanées confluentes, des dimensions de grosses noix, ramollies et peut-être abcédées.

A la partie moyenne du même membre, on voit une masse saillante d'environ 5 centim. de diamètre, sphacélée à sa partie centrale. On trouve des saillies végétantes innombrables à la surface du corps. La peau de l'abdomen est rouge, tendue, vernissée, très inégale à sa surface.

La malade succombe le 5 février aux progrès de la cachexie et du marasme.

AUTOPSIE, le 7 février 1897. — On note tout d'abord un affaissement général des tumeurs cutanées qui ont, non seulement diminué de volume, mais beaucoup pâli.

On ne trouve rien de particulier dans la cavité thoracique. Le cœur est normal d'aspect, et non hypertrophié. Les poumons sont légèrement congestionnés à leur base. Les ganglions trachéo-bronchiques ne sont pas volumineux.

Dans l'abdomen, le foie est énorme et remplit toute la partie supérieure de cette cavité. Il pèse 3,250 grammes. Sa couleur est blanche; il est lisse et onctueux au toucher. C'est un énorme foie gras. Il ne présente pas la réaction de la dégénérescence amyloïde. Il a un aspect blanchâtre, comme du mastic, dans sa totalité.

La rate est de volume ordinaire et d'aspect normal.

Les reins réunis pèsent 260 grammes. Le rein gauche n'offre absolument rien de particulier. Il se décortique bien et sa couleur est régulièrement blanche. L'aspect du rein droit est identique, mais on voit, au niveau de son bord externe, faisant une saillie de 2 centimètres, environ un noyau blanchâtre recouvert par la capsule.

A la coupe, le noyau se prolonge dans l'intérieur de la couche corticale

à une profondeur de 1 centimètre environ. Ses limites sont nettes, sa consistance molle. Son aspect blanchâtre rappelle bien certains noyaux cancéreux secondaires. Par le raclage, il donne un suc blanchâtre.

Il n'y a pas d'adénopathies dans la cavité abdominale.

Il n'y a rien à noter du côté des organes génitaux.

Le cerveau n'offre rien de particulier.

À la coupe, le noyau rénal apparaît sous forme d'un pois fortement coloré, faisant saillie hors du parenchyme. Il est plus foncé que le reste du tissu parce qu'il a fixé fortement les couleurs à élection nucléaire. Nous n'insisterons pas sur sa structure qui doit être étudiée spécialement par l'un de nous, en collaboration avec M. Leredde, dans un travail d'ensemble sur la question.

Nous dirons seulement que le noyau est formé, dans sa presque totalité, de cellules éosinophiles constituant un lymphome mal délimité et infiltrant le parenchyme rénal. On ne trouve pas un réseau en tous les points, mais en différentes places le tissu réticulé semble très net. On ne peut douter qu'on ne se trouve en présence d'un cas de localisation mycosique dans le rein.

La peau offre la structure générale des altérations mycosiques.

Les lésions s'infiltrèrent très profondément dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Comme nouveaux phénomènes cliniques, nous signalerons dans cette histoire pathologique, la *grande ressemblance qu'offraient les lésions palmaires avec celles du psoriasis*; ce fait vient à l'appui de cette remarque que, dans cette région, les altérations de la peau, quelles qu'en soient l'origine et la nature, ont tendance à revêtir des caractères symptomatiques très analogues. On sait, depuis longtemps, qu'il en est ainsi pour l'eczéma et les syphilides, si bien que parfois les cliniciens les plus expérimentés se trouvent dans l'impossibilité d'arriver à un diagnostic ferme entre ces éruptions s'il ne tiennent compte que de leurs localisations dans ces régions. Notre observation montre qu'il faut ajouter le mycosis fongoïde aux dermatoses qui peuvent ainsi simuler le psoriasis palmaire. Il n'est pas douteux que c'est à la structure particulière de cette région, et notamment à l'épaisseur de son épiderme qu'il faut attribuer ces modalités symptomatiques.

Un autre fait digne d'être mentionné chez notre malade est l'*absence de récurrence au niveau de la grosse tumeur enlevée chirurgicalement*. Ce fait, que l'un de nous a déjà noté chez une autre malade doit encourager à recourir à l'ablation chaque fois qu'une de ces néoplasies prend des proportions excessives ou donne lieu à des accidents d'intoxication secondaire, quand elle vient à s'ulcérer ou surtout à se sphaceler.

Nous avons vu que, dans les dernières périodes de la maladie, cette

dermatose n'était plus restée limitée au tégument externe et qu'elle avait envahi profondément le tissu hypodermique en diverses régions : c'est là un fait digne d'intérêt, car Kaposi a considéré ces néoplasies sous-cutanées comme pouvant servir à distinguer sa lymphodermie perniciose du mycosis fongoïde : l'histoire de notre malade montre qu'elles peuvent survenir dans des cas typiques de mycosis.

Les résultats de l'autopsie montrent également que l'existence de tumeurs lymphoïdes dans les viscères peut s'observer dans cette maladie aussi bien que dans la leucémie, témoin la tumeur rénale trouvée chez notre malade ; dans un cas analogue, Kaposi avait observé la même localisation. Il semble donc bien qu'il y ait des traits de passage entre le mycosis et la leucémie : l'incertitude continuera relativement à ces rapports aussi longtemps que l'on n'aura pas élucidé la cause prochaine de ces maladies.

Dans ce but, nous avons demandé à M. Laffitte d'inoculer à un macaque, dans notre laboratoire, une tumeur mycosique. Cette opération a été pratiquée le 17 mars 1897 ; un fragment de tissu de mycosis fongoïde, long de 3 centimètres et demi, large de 1 centimètre, épais de 7 millimètres, a été inoculé à cet animal, dans la région inter-scapulaire, en partie dans le tissu cellulaire sous-cutané, en partie (au même point) à la surface de la peau, préalablement fermée par 4 points du suture.

Le tissu malade a été inoculé aussitôt la biopsie faite.

Les deux tiers du fragment mycosique ont été insérés sous la peau. Pour l'autre tiers, il a été longuement écrasé au pilon, dans un mortier, et c'est la pulpe ainsi produite qui a été étalée, sur une étendue d'une pièce de 5 francs environ, à la surface de la peau rasée, raclée au scalpel et abondamment scarifiée. Un pansement au collodion a maintenu le tout. La plaie, parfaitement aseptique, a guéri sans une goutte de pus.

27 mai. Le fragment inséré paraît résorbé ; la santé de l'animal est parfaite.

Nous résumons ainsi qu'il suit les conclusions de ce travail :

1° *Les tumeurs mycosiques enlevées chirurgicalement peuvent ne pas récidiver in situ ;*

2° *Les localisations palmaires du mycosis peuvent offrir une grande ressemblance clinique avec celles du psoriasis et de toutes les dermatoses squameuses de cette région ;*

3° *Le mycosis peut envahir consécutivement au derme, ou intéresser primitivement, le tissu cellulaire sous-cutané et les couches profondes des membres ; cette localisation ne doit donc pas être considérée comme appartenant en propre à la lymphodermie per-*

nicieuse de Kaposi ; elle ne peut servir à différencier les deux maladies ;

4° Le mycosis peut envahir les viscères et particulièrement le parenchyme rénal ;

5° Une inoculation au singe, pratiquée dans les conditions les plus favorables, a donné des résultats purement négatifs.

Note concernant les alopecies et les séborrhées.

Par M. R. SABOURAUD.

J'ai l'honneur de vous présenter un malade et deux lapins.

Le malade porte une calvitie vulgaire commençante, il a 25 ans, l'âge auquel la maladie se déclare d'habitude. Je l'ai pris au hasard parmi beaucoup d'autres pour vous offrir une démonstration clinique des faits bactériologiques que je vous ai communiqués récemment.

Depuis six semaines, il se masse régulièrement le cuir chevelu trois fois par semaine avec une pommade contenant de l'huile de cade. Il s'en est suivi une imprégnation de tous les cocons microbiens séborrhéiques par le principe colorant de l'huile, et chacune de ses colonies microbiennes, chacun de ses comédons du cuir chevelu est devenu visible à l'œil nu dans l'orifice folliculaire.

La pression de la peau entre deux ongles permet de vérifier que ce sont des comédons, et l'examen microscopique montre leur nature microbienne. C'est là simplement un moyen de rendre visible à l'œil du clinicien, ce qui n'était visible qu'à l'œil du bactériologiste.

Quant aux lapins que je vous présente, l'un est celui-là même que je vous ai montré il y a trois mois, et qui est inoculé de toxine séborrhéique depuis le mois de janvier dernier ; sa calvitie se répare seulement à l'heure présente, elle est encore bien nettement visible. Il a donc fallu à ce lapin plus de quatre mois pour éliminer le poison qu'il a reçu (poison sans microbe). Ceci montre avec quelle lenteur ces poisons solubles s'éliminent.

Le second lapin que je vous présente a été inoculé au milieu du dos il y a 25 jours environ avec de la même toxine séborrhéique issue d'une culture de pelade. Dix-sept jours après a commencé à naître sur le flanc et sur la fesse gauche une plaque alopecique qui se présente aujourd'hui parfaitement nette et bien formée. Elle a environ 14 centimètres d'avant en arrière sur 8 à 9 centimètres de hauteur, ses

contours sont polycycliques. En la plupart de ses points elle est parfaitement glabre. En d'autres et sur ses bords il reste quelques flots de poils encore en place. Elle s'agrandit et se parfait chaque jour.

Ce sont là d'ailleurs des expériences qui ne se prêtent encore qu'à des *constatations de fait*, et il faudra longuement attendre avant que les résultats d'inoculation des toxines séborrhéiques puissent s'exprimer en formules générales. Mais ces résultats expérimentaux présentent assez d'intérêt pour que j'aie pensé devoir vous les présenter de suite au moment où ils peuvent être vérifiés par tous.

Le Secrétaire,

L. BRODIER.

1000000

1000000

1000000

1000000

1000000

1000000

1000000

1000000

1000000

1000000

1000000

1000000

1000000

1000000

1000000

1000000

1000000

1000000

1000000

1000000

1000000

1000000

1000000

1000000

1000000

1000000

1000000

1000000

1000000

1000000

1000000

1000000

1000000

1000000

1000000

1000000

1000000

1000000

1000000

1000000

SÉANCE SUPPLÉMENTAIRE DU 3 JUIN 1897

Présidence de M. Ernest Besnier.

SOMMAIRE. — Discussion sur la séborrhée et les alopecies : MM. BROOQ, JACQUET, DARIER, BARTHÉLEMY, HALLOPEAU, BARBE, TENNESON, FOURNIER, MOREL-LAVALLÉE, SABOURAUD, JACQUET, HALLOPEAU.

DISCUSSION SUR LA SÉBORRHÉE ET LES ALOPÉCIES

La séborrhée grasse et la pelade.

Par M. BROOQ.

Ce n'est qu'après avoir mûrement réfléchi que nous nous sommes décidé à prendre la parole sur un tel sujet. Tout d'abord il nous a paru que nous n'étions pas qualifié pour le faire, car les circonstances nous ont cantonné depuis plus de 14 ans dans l'observation pure et simple des malades, et M. le Dr Sabouraud procède surtout par le laboratoire. Mais nous nous sommes dit que la question des séborrhées et des pelades présente malgré tout un côté clinique que l'on ne peut négliger, et dont M. le Dr Sabouraud a d'ailleurs abordé l'étude dans ses mémoires. En outre il nous a paru qu'il était de notre devoir de ne pas établir une sorte de conspiration de silence autour de recherches aussi importantes, aussi consciencieuses, qui témoignent d'un violent effort pour tâcher d'arriver à la connaissance de la vérité.

Nous vous devons ces quelques explications préliminaires pour vous faire comprendre notre intervention dans ce débat, intervention qui pourrait paraître un peu extraordinaire, et nous entrons maintenant dans le cœur de la discussion.

Les questions soulevées par les derniers travaux de M. le Dr Sabouraud sont au nombre de deux principales : 1° *L'étude de la séborrhée huileuse considérée comme une maladie microbienne*; 2° *Son identification avec la pelade*. Nous les allons examiner successivement.

1° LA QUESTION DE LA SÉBORRÉE HUILEUSE OU SÉBORRÉE GRASSE
DE M. SABOURAUD

a) *Étude clinique.*

M. le Dr Sabouraud a donné une bonne description clinique de la séborrhée grasse à laquelle nous n'avons que fort peu de choses à ajouter. Il nous a paru que les sujets atteints de séborrhée grasse intense de la face pouvaient se diviser au point de vue objectif en deux catégories, ceux qui ont les téguments du visage comme tuméfiés, épaissis, tendus, mais d'une teinte un peu blanc mat ou à peine rosée : ce sont presque toujours des jeunes gens ; ceux au contraire qui ont le visage vultueux, d'un rouge vif, avec fond de télangiectasies vasculaires des plus visibles : ils sont d'ordinaire arrivés au moins à l'âge moyen de la vie. Ils éprouvent assez fréquemment des sensations légères de picotements, de chatouillements, parfois de prurit.

L'odeur qu'ils répandent peut être presque nulle, peu ou point appréciable ; dans quelques cas elle est assez intense pour devenir une véritable obsession pour le malade ou pour son entourage. Beaucoup de sujets atteints de kératose pilaire et dont les parties latérales des joues sont des plus sèches, présentent de la séborrhée huileuse plus ou moins accentuée du tout le centre de la face, de telle sorte que la thérapeutique doit être totalement différente au front, au nez, aux sillons naso-génien, au menton d'une part, aux parties latérales des joues d'autre part.

Cette séborrhée huileuse pure a d'ailleurs été déjà bien étudiée par les anciens dermatologistes. Elle a été observée pour la première fois par Biett, puis par ses élèves directs Cazenave et Schedel sous le nom d'acné sebacea, nom qui lui convenait parfaitement puisque le mot d'acné était le terme générique sous lequel les anciens auteurs désignaient les diverses lésions des glandes sébacées.

Elle a été surtout admirablement décrite par Rayer sous le nom de *Flux sébacé*, mot qui ne pouvait laisser prise à aucune critique, et son article est une véritable merveille d'observation et d'exposition que nous ne saurions trop engager à relire. L'histoire de cette entité morbide y est exposée à l'état pur aussi nettement que dans le travail de M. le Dr Sabouraud. Il en est de même dans le chapitre que lui a consacré Hardy dans son ouvrage, sous le nom d'acné sébacée fluente.

C'est l'école de Vienne avec sa conception si connue, et sur laquelle nous n'avons pas à insister, des séborrhées huileuses et sèches, qui a contribué à jeter quelque obscurité sur ce point en créant une certaine confusion, plus apparente que réelle, entre le pityriasis du cuir chevelu et les flux sébacés. Mais il n'en est pas moins vrai que, dans leurs leçons cliniques, nos maîtres directs de l'hôpital Saint-Louis, E. Vidal, Lailier, E. Besnier, nous ont appris à reconnaître une séborrhée huileuse existant comme forme morbide distincte. Aussi n'y a-t-il rien d'étonnant à ce que, malgré les perturbations apportées par les recherches de Unna aux vieilles notions françaises sur le flux sébacé dont cet auteur a fait une hyperidrose huileuse, nous ayons maintenu dans notre ouvrage sur le traitement des

maladies de la peau la notion de la séborrhée huileuse formant un type à part et pouvant coexister à la face et au cuir chevelu ; nous copions textuellement :

« *Troisième type. — Forme fluente.*

A. — *Hyperidrose huileuse du cuir chevelu.* (Acné sébacée fluente ou liquide ou huileuse des auteurs français, seborrhæa oleosa seu adiposa de l'école de Vienne.)

B. — *Hyperidrose huileuse de la face* (coïncidant presque toujours avec la précédente) (séborrhée huileuse). »

Certes il y a peut-être dans cette notation une erreur de théorie, erreur qui résulte des recherches de Unna auxquelles nous venons de faire allusion, erreur qui consiste à faire intervenir les glandes sudoripares pour une bonne part dans la production de la séborrhée grasse, et qui n'existait pas dans l'ancienne conception des séborrhées de l'hôpital Saint-Louis ; mais il n'en est pas moins vrai que la description clinique est exacte et complète, que le type pur de la séborrhée grasse est fixé et que son existence simultanée à la face et au cuir chevelu est considérée comme étant de notion vulgaire.

Si nous envisageons maintenant la question de la séborrhée sèche, du pityriasis capitis, nous voyons également que l'école française n'était nullement tombée dans l'erreur signalée par M. le Dr Sabouraud. Rayer, Bielt, Cazenave, Devergie et Gibert décrivent le pityriasis capitis comme une affection à part ; en 1877, E. Vidal en fait une forme d'eczéma des arthritiques, et en 1890 nous n'avons pas voulu le considérer comme rentrant dans les séborrhées, nous lui avons donné le nom de pityriasis capillitii ; nous ne parlons pas de nos publications toutes récentes sur cette question, publications que l'on est en droit d'ignorer.

Quant à la question des rapports de la séborrhée grasse et de l'acné, elle n'est pas non plus tout à fait neuve. La coexistence de la séborrhée huileuse avec l'acné inflammatoire, avec l'acné dite polymorphe, a été signalée par les anciens auteurs. Nous l'avons expressément notée à divers endroits de notre ouvrage sur le traitement des dermatoses, et nous avons insisté sur les indications thérapeutiques qui en découlent.

En 1889, notre excellent ami le Dr Barthélemy a très nettement déclaré, dans un remarquable travail sur l'étiologie de l'acné, que l'acné simple, chez un sujet n'ayant jamais eu d'acné, ne se montre jamais sans séborrhée préalable, et son élève M. le Dr Bernard, dans sa thèse sur l'état séborrhéique de la peau, a exposé dès 1892 la théorie des infections secondaires diverses développées sur la séborrhée. Quoi qu'il ne soit pas arrivé à la conception parasitaire de l'affection qui nous occupe, il formule comme conclusion de son travail cette proposition singulièrement conforme aux idées soutenues par M. le Dr Sabouraud : « L'état séborrhéique est l'état « spécial de la peau lubrifiée par une sécrétion oléiforme anormale, mais « ainsi devenue, sous l'influence de cette sécrétion, un terrain propice à « l'ensemencement et au développement de nombreux germes morbi-
« gènes. »

Mais d'autre part il faut bien dire hautement que chez certains sujets on voit des séborrhées huileuses des plus importantes ne pas s'accompagner de comédons vrais et d'acné.

b) *Étude bactériologique.*

Pour M. le Dr Sabouraud la séborrhée grasse est une affection microbienne. Les arguments qu'il apporte pour la démonstration de cette proposition ont une fort grande valeur. La découverte et l'étude du cocon séborrhéique avec son microbacille qu'il renferme en cultures pour ainsi dire pures, son existence partout où il y a séborrhée, sa localisation si spéciale, etc., tout cet ensemble de faits est de première importance.

D'ailleurs nous laisserons à de plus autorisés que nous le soin de discuter ces points de bactériologie qui nous sont peu familiers; pour s'inscrire en faux contre les résultats techniques provenant de travaux aussi sérieux que ceux de M. le Dr Sabouraud, il faut de nombreuses et patientes recherches de laboratoire, et nous n'aurons pas l'audace de traiter d'emblée, sans avoir fait d'expériences de contrôle, les micro-organismes qu'il a décrits de vulgaires saprophytes. Dans tout ce qui va suivre, pour la séborrhée comme pour la pelade, nous accepterons donc comme exactes toutes les recherches de laboratoire de M. le Dr Sabouraud. Nous nous bornerons à les interpréter quand les déductions qu'en tire l'auteur nous paraîtront peu conformes aux enseignements de la clinique.

Disons tout d'abord que, malgré son vif désir de ne pas recourir aux hypothèses, il a été cependant obligé (et il est le premier à le reconnaître) d'admettre quelques hypothèses pour édifier sa théorie. Pour concevoir qu'un microbe enchâssé dans un cocon épidermique absolument clos du côté des glandes sébacées et des follicules pileux puisse agir sur ces glandes pour déterminer leur fonctionnement exagéré et leur hypertrophie, et sur les papilles pileuses pour en amener l'atrophie, il faut admettre, puisqu'il n'entre en contact direct ni avec la glande ni avec les papilles pileuses : 1° qu'il sécrète une toxine qui agit sur les glandes sébacées pour en développer l'activité, et nous voilà quelque peu revenus à la théorie du sebotaxis d'Unna; 2° qu'il sécrète une toxine qui agit sur les papilles pileuses pour en arrêter le fonctionnement.

M. le Dr Sabouraud n'a pas parlé, ce nous semble, dans ses travaux, de la première de ces hypothèses, et cependant c'est la plus importante, la plus nécessaire, celle sans laquelle la théorie microbienne de la séborrhée ne peut guère être acceptée; mais il a nettement émis et discuté la deuxième, et il en a déjà donné un commencement de démonstration. Rien d'aussi intéressant que ses dernières expériences faites avec la toxine séborrhéique, et le lapin qu'il nous a présenté à la dernière séance de la Société semble au premier abord entraîner la conviction. Mais quand on réfléchit quelque peu au mécanisme de la production de l'alopecie chez ces animaux, on s'aperçoit qu'il n'y a là que d'assez vagues analogies avec ce qui se passe chez l'homme. Chez le lapin, par l'injection sous la peau d'une notable quantité de toxine, on détermine des alopecies à distance analogues aux alopecies qui se produisent dans les intoxications générales de l'économie, nullement analogues à l'alopecie limitée, circonscrite, locale, de la séborrhée chez l'homme. Nous savons bien qu'on nous répondra que c'est là une mauvaise querelle, que qui peut le plus peut le moins, que du moment que la toxine séborrhéique injectée à un animal peut au loin lui faire tomber le poil, à fortiori elle pourrait, au point où elle serait

localement injectée, amener de la déglabration, que les animaux inoculés ne semblent pas souffrir dans leur santé générale comme le feraient des êtres soumis à des infections quelconques capables de faire tomber leur duvet. C'est logique, mais nous nous obstinerons quand même à soutenir que nous avons quantité d'infections causant des alopecies passagères, qu'une petite attaque de grippe qui ne semble pas avoir beaucoup ébranlé l'organisme peut s'accompagner d'une abondante chute de cheveux, et qu'enfin l'alopecie séborrhéique chez l'homme, d'après la théorie actuelle, n'est pas la suite d'une infection générale de l'organisme, mais bien d'une infection limitée, localisée au follicule pileux dont l'orifice contient le microbacille. Il faudrait donc, pour que la preuve expérimentale fût totalement démonstrative, montrer cette action directe de la toxine.

M. le Dr Sabouraud est tellement convaincu de l'influence dépilante du microbacille séborrhéique qu'il pense que, si les poils se développent parfois à la suite du traitement sur des visages séborrhéiques, c'est parce que le microbacille est supprimé par la médication et que dès lors les poils des follicules pilo-sébacés du visage peuvent repousser. Comme Payne, l'auteur anglais visé dans ce passage, nous avons assez fréquemment observé cette hypertrichose de la face chez les séborrhéiques, et comme lui nous sommes intimement convaincu qu'elle est uniquement due à l'irritation des téguments causée par les topiques employés. Si l'interprétation de M. Sabouraud était vraie, toutes les femmes non séborrhéiques devraient avoir de l'hypertrichose du visage, puisque chez celles qui sont séborrhéiques ce serait uniquement la suppression du microbacille qui permettrait à leurs duvets de se développer. Avons-nous besoin d'ajouter qu'il n'en est rien, et que les duvets se développent chez certains séborrhéiques faciaux quand on les traite par le simple mécanisme qui préside pour ainsi dire toujours au développement des duvets anormaux du visage, irritation sous toutes les formes possibles, applications répétées de corps gras ou humides, etc...

Mais laissons là cette objection de fort minime importance et déclarons bien haut que nous avons pleine et entière confiance dans la ténacité et le talent d'expérimentateur de M. le Dr Sabouraud pour combler les lacunes qu'il a lui-même signalées dans ses recherches, et nous espérons fermement que par de beaux travaux ultérieurs il répondra à tous les desiderata que nous venons de formuler.

Eh bien! même lorsqu'il aura rempli son programme dans tous ses détails, et qu'il n'y aura dans son œuvre si remarquable plus de prise à la moindre critique, qu'il nous permette de le dire, il ne pourra pas encore traiter les vieilles théories humorales de l'école française avec le dédain absolu qu'il professe à leur égard. Le mot arthritique, dit-il, ne désigne dans la langue médicale que les causes qu'on ignore et que l'on découvre peu à peu. Telle est l'alopecie séborrhéique que les vieux auteurs rattachaient à ce qu'ils appelaient l'arthritisme, et dont M. le Dr Sabouraud vient de démontrer la nature microbienne. Certes, nous ne soutenons ni la conception ancienne de l'arthritisme, ni celle des diverses autres diathèses, mais ne voit-on pas que toutes ces idées anciennes reviennent plus que jamais à l'ordre du jour, et que ce sont les recherches microbiennes

elles-mêmes qui en démontrent l'importance en les rajeunissant sous la forme toute moderne des terrains.

C'est maintenant la question des terrains, des prédispositions individuelles héréditaires ou acquises, des réceptivités morbides permanentes ou transitoires, qui domine toute la pathologie. Le rôle de l'agent infectieux est considérable, c'est certain, mais que de fois il n'est que secondaire relativement à la nature du terrain sur lequel il se développe.

Nous croyons qu'il en est ainsi pour la séborrhée grasse. Tout d'abord un fait clinique majeur domine son histoire, la fréquence de son développement au moment de la puberté, puis son intensité toute particulière chez les névropathes, chez les sujets issus de goutteux, chez les surmenés, chez ceux qui sont sujets à des troubles circulatoires variés, froid aux pieds habituel, difficultés de la digestion, congestions faciales incessantes, etc... Les quelques sujets atteints de séborrhée huileuse du visage et du cuir chevelu vraiment intense que nous avons observés, étaient tous des neurasthéniques, issus de parents atteints de rhumatisme chronique ou de goutte vraie ou larvée.

Simple constatation, dira-t-on, et qui n'a aucune valeur scientifique.

Nous protesterons toujours de toutes nos forces contre ce mépris que de plus en plus l'on affecte d'avoir pour l'observation clinique fondée sur la longue étude du malade, sur l'analyse de son passé et de ses antécédents pathologiques, sur ses réactions thérapeutiques; c'est là, d'après nous, la véritable base sur laquelle doivent reposer nos conceptions nosographiques. Certes le laboratoire est utile, indispensable même; il permet d'arriver à de belles découvertes et nous n'en voulons pour preuve que les superbes travaux du Dr Sabouraud, mais il ne doit marcher qu'avec la clinique: il doit toujours s'appuyer sur elle, et quand il heurte par trop ses enseignements il est sage de rester sur une prudente réserve.

2° L'IDENTIFICATION DE LA SÉBORRHÉE HUILEUSE ET DE LA PELADE

Et c'est pour cela qu'au point de vue de l'identité de nature de la séborrhée grasse et de la pelade, professée par M. le Dr Sabouraud, nous demandons encore un supplément d'information avant de l'adopter sans réserve, car il nous paraît a priori illogique et anticlinique d'admettre qu'un seul et même microbe puisse dans certains cas, sur un même organisme, au même moment, produire deux affections aussi différentes d'aspect et d'évolution que la pelade et la séborrhée.

a) *La question de la pluralité des pelades.*

Et tout d'abord un premier point frappe l'esprit de tout dermatologiste qui parcourt les magnifiques travaux de M. Sabouraud sur la pelade. La nature une de la maladie est admise sans conteste. Il n'y a qu'une pelade toujours causée par un seul et même microbe: les théories anciennes sur la pluralité possible des pelades ne sont même pas examinées. Ses recherches semblent bien démontrer qu'il y a très probablement un processus alopecique des plus communs qui constitue la presque totalité des dégl-

brations à aspect peladoïde. Néanmoins il y a quelques faits de connaissance vulgaire qui jettent des doutes dans l'esprit des cliniciens. Les plus importants sont les suivants : tout le monde sait qu'il se produit parfois autour d'un furoncle ou d'un anthrax du cuir chevelu une zone de déglabration arrondie de 1 à 4 centimètres de diamètre, suivant le volume du clou, et qui simule tellement la pelade que l'on ne peut poser le diagnostic qu'en s'appuyant sur la présence de la cicatrice centrale. Il s'agit bien évidemment dans ces cas d'une infection de toute la région par une toxine sécrétée par le staphylococcus aureus, toxine qui a exercé une action dépilante sur une zone plus ou moins étendue autour du point inoculé. Il y a donc au moins un autre microbe que le microbacille de M. le Dr Sabouraud qui peut sécréter une toxine capable de donner des alopecies en aires, et l'on est dès lors tout naturellement porté à se demander si l'unité pathogénique de la pelade microbienne ne subira pas ultérieurement le même sort que l'unité de la trichophytie.

Mais ce n'est pas tout, et quoique nous soyons les premiers à reconnaître qu'ils sont des plus rares, nous devons cependant faire remarquer qu'il existe dans la science des cas incontestables d'alopecie circonscrite en plaques ou en bandes qui se produisent presque toujours sur le territoire de distribution d'un nerf lésé. Voilà encore une autre catégorie d'alopecies circonscrites ressemblant absolument à la pelade vulgaire, d'ordre purement trophique, et par suite bien distincte des précédentes.

A cela rien d'étonnant d'ailleurs ; ne sait-on pas que les sclérodermies en plaques sont parfaitement glabres ? Ne voit-on pas des traumatismes divers comme les rayons X déterminer des déglabrations peladiformes ?

On pourrait donc, en s'appuyant déjà sur ce petit groupe de faits, conclure à la pluralité des pelades. Nous ne le ferons pas, et nous aimons bien mieux prendre le même parti que M. le Dr Sabouraud, et considérer toutes ces alopecies en aire dont l'origine est dès maintenant bien connue et indiscutable comme tout à fait distinctes de la pelade.

Nous admettrons donc qu'il faut désormais réserver le nom de Pelade une affection caractérisée par une atrophie spéciale du bulbe pileux, le plus souvent disposée en aires, parfois généralisée, distincte de toutes les autres alopecies jusqu'ici décrites. D'après les recherches de M. Sabouraud, ce serait une entité morbide bien définie, une, et reconnaissant toujours pour cause le même microbacille. Nous croyons cependant que des travaux de contrôle fort étendus sont nécessaires pour que cette proposition soit rigoureusement démontrée.

b) *La contagiosité de la pelade.*

Cette nouvelle théorie met hors de doute la nature contagieuse de cette affection, et cependant, en pratique, combien rarement s'observe cette contagion directe ! Certes il en existe des cas, et nous en sommes convaincus autant que qui ce soit, puisque nous avons été les premiers en 1887 à réagir contre les auteurs qui réclamaient la libre admission de tous les peladiques dans les écoles, en s'appuyant sur les théories qui font de cette affection une trophoneurose ; mais enfin, il faut bien le reconnaître, l'im-

mense majorité des cas de pelade que nous observons à la ville ne créent pas de foyers de contagion : ils en créent sûrement dans une bien moins grande proportion que les cas de syphilis ignorée. Pour notre part, nous voyons à chaque instant des enfants atteints de pelade, qui ont couché, étant contaminés, pendant un certain temps, avec leurs frères ou leurs sœurs, qui se sont servi des mêmes objets de toilette qu'eux et qui ne leur ont nullement transmis l'affection. Je le répète à dessein, je suis et j'ai toujours été un contagioniste, mais je suis obligé de proclamer que cette affection semble n'être vraiment contagieuse que dans certaines circonstances ; peut-être l'inoculation demande-t-elle pour se faire certaines conditions spéciales qui ne sont réalisées qu'assez rarement dans les familles, peut-être y a-t-il une question de terrain.

c) *Les rapports de la pelade et de la séborrhée huileuse.*

Il est certain qu'il existe au point de vue clinique d'assez étroites relations entre la séborrhée grasse et la pelade. Ces relations nous les avons depuis longtemps constatées ; nous les avons fort souvent signalées à l'attention de ceux qui suivent notre polyclinique, nous les avons fait connaître en 1893 dans notre Correspondance Américaine : nous y avons noté la coïncidence assez fréquente de la séborrhée du cuir chevelu et de la pelade, et parfois la nécessité dans ces cas de prendre, pour guérir la pelade, le traitement de la séborrhée par les préparations de soufre, de camphre, de résorcine, etc... (Voir *Journal of Cutaneous and genito urinary diseases*, 1893, n° 1, p. 27). Des auteurs anglais et américains ont depuis lors reproduit nos idées à ce sujet.

Mais de cette coexistence des deux entités morbides sur le même individu à l'identification absolue de ces deux affections, il y a un abîme. Cet abîme, nous déclarons tout d'abord que la clinique semble le déclarer infranchissable.

Quoi qu'en dise M. le Dr Sabouraud, ces deux dermatoses sont totalement dissemblables, et ces dissemblances entre ces deux maladies deviennent des plus éclatantes, comme d'ailleurs l'a fort bien dit M. le Dr Sabouraud lui-même, quand on considère les localisations, la configuration des deux alopecies, leur évolution, leur terminaison, etc... Nous n'insistons pas, car c'est de la banalité.

Nous ferons seulement remarquer qu'on ne peut invoquer dans l'espace la différence des terrains pour expliquer l'évolution différente du microbille suivant les cas, car nombreux sont les malades qui, présentent à la fois et l'alopecie peladique et l'alopecie séborrhéique évoluant simultanément sur leur cuir chevelu ; et après la guérison de la pelade, la séborrhée continue lentement son œuvre destructive. Comment est-il possible d'admettre qu'il s'agisse d'un seul et même microbe qui, sur le même individu, au même moment, se conduirait de façons si étrangement différentes et produirait deux maladies si radicalement distinctes comme symptômes et comme évolution ?

Ici ce n'est plus de la médecine, c'est de la logique, et la logique répond au laboratoire de la manière la plus catégorique, que les deux microba-

cilles peuvent bien être deux frères jumeaux, mais qu'ils doivent quand même être deux individualités distinctes.

d) *Les microbacilles de la pelade en aïre et de la séborrhée huileuse sont-ils identiques ?*

Et cette opinion est devenue pour notre esprit d'une évidence tellement impérieuse que nous nous sommes replongé ces jours derniers dans la lecture des travaux de M. le Dr Sabouraud, et que nous nous sommes efforcé d'y chercher la démonstration de ce que nous croyons être la vérité.

Eh bien, puisque nous nous plaçons dans l'hypothèse que les faits bactériologiques vus par M. le Dr Sabouraud sont exacts, nous pensons qu'il lui serait possible de soutenir qu'il a mis à la fois la main et sur le bacille de la pelade et sur celui de la séborrhée, mais qu'il les a confondus, parce que ce sont, comme nous le disions tout à l'heure, deux frères jumeaux.

Et dès lors voici l'interprétation que nous croyons pouvoir proposer pour ses travaux, *sous toutes réserves d'ailleurs, et en attendant des expériences de contrôle.*

Reprenons ce magnifique mémoire sur la pelade et ses trois premières parties qui sont des merveilles de patience, d'ingéniosité et de pénétration d'esprit : nous y verrons décrit un microbacille logé dans l'utricule peladique qui existe au point même où se fait l'infection, puis qui disparaît à mesure que l'alopecie se produit, et qui n'est plus retrouvé qu'à la bordure des plaques et là seulement où le processus est en voie d'extension.

Nous insistons encore une fois sur ce fait que là où l'alopecie est constituée le microbacille n'existe plus.

Passons maintenant à la quatrième partie de ce même mémoire, à celle qui traite de la pelade décalvante ou totale, et nous y voyons au contraire que le microbacille peladique fourmille en quantités invraisemblables sur les surfaces déglabrées : il y est d'autant plus abondant que le cuir chevelu est plus grassex, et que les glandes sébacées sont plus hypertrophiées.

Ce fait nous a toujours étonné, et malgré l'explication qu'en donne M. le Dr Sabouraud, qui considère que dans ces cas l'infection microbillaire est chronique, il nous a répugné tout d'abord d'admettre qu'il pût s'agir dans les deux cas d'un seul et même microbe, évoluant dans la pelade en aïres à la façon de certains trichophytons des téguments à marche excentrique, infectant au contraire d'une manière chronique et permanente tous les follicules dans la pelade décalvante. On ne s'explique pas beaucoup des allures aussi différentes et une évolution aussi dissimilable s'il s'agit d'une seule et même variété de microbacille.

Mais quand, en poursuivant la lecture du mémoire de M. le Dr Sabouraud, on arrive à cette discussion de la plus rigoureuse honnêteté scientifique où il discute la non-identité de son microbacille de la décalvante et de celui de Menahem Hodara, on a la conviction que l'identité de ces deux microbes est réelle, et on est ainsi tout naturellement conduit à conclure que M. le Dr Sabouraud n'a nullement découvert le microbe de la

pelade, puisqu'il déclare que c'est bien le même microbacille qu'il a trouvé au point d'attaque de la pelade en aires et dans les follicules de la pelade décalvante.

D'ailleurs, dans ses derniers travaux M. le Dr Sabouraud en est venu à soutenir que ces microbacilles ne constituent qu'un seul et même micro-organisme; il est vrai que pour lui ce microorganisme est tout aussi bien l'agent pathogène de la pelade que celui de la séborrhée.

Nous croyons que l'on peut donner une autre interprétation qui est la suivante et qui nous paraît tout expliquer, toujours, bien entendu, en nous plaçant dans l'hypothèse que la valeur pathogène des microorganismes décrits est complètement démontrée.

Le microbacille trouvé dans les points d'attaque des pelades en aires semble être un microorganisme bien spécial, très probablement l'agent pathogène de la pelade; le microbacille trouvé par quantités innombrables dans les pelades décalvantes est tout simplement le microbacille de la séborrhée grasse.

On nous objectera que M. Sabouraud le trouve aussi dans les décalvantes à téguments secs: c'est possible; mais il ne l'y a constaté qu'en bien moins grand nombre que dans les décalvantes à téguments gras, et nous savons d'autre part qu'il a pu déceler le microbacille de la séborrhée sur des cuirs chevelus en apparence secs.

Nous prévoyons encore qu'on nous opposera que rien ne peut faire distinguer l'un de l'autre les deux microbacilles de la pelade et de la séborrhée, et que par suite les deux affections doivent reconnaître la même origine. Comment! voici deux affections totalement différentes d'allures, d'évolution, d'histoire clinique, et c'est parce que vous trouvez dans chacune d'elles deux microorganismes qui vous paraissent identiques que vous allez déclarer que ces deux affections ne constituent qu'une seule et même maladie! et cela en vous appuyant sur de simples caractères d'aspect, de colorations et de cultures d'organismes qu'on commence à peine à étudier et dont sûrement on ne connaît pas encore l'histoire.

Il est seulement permis de dire qu'à l'heure présente, dans l'état actuel de la science, il est impossible de distinguer l'un de l'autre les deux microorganismes, mais on n'est pas en droit d'en conclure à leur identification, car la saine logique répondra immédiatement dans ce cas par leur disqualification en tant que germes pathogènes: ce qui conduit à une troisième hypothèse qu'il s'agirait tout simplement d'un vulgaire saprophyte pouvant se développer sur la peau normale et sur les affections les plus diverses. L'expérimentation seule, qui a déjà donné quelques résultats à M. le Dr Sabouraud, pourra trancher cette dernière question que pour le moment nous ne voulons pas discuter, ainsi que nous l'avons déclaré.

Or, si l'on analyse de près les travaux de M. le Dr Sabouraud on s'aperçoit qu'il n'est pas certain que les deux microbacilles ne présentent pas quelques différences.

Voici ce que nous relevons dans son travail sur la pelade, p. 85: « J'ajouterai encore que la similitude morphologique du microbe de Hodara et du

microbacille de l'utricule peladique est plus frappante dans la pelade décalvante que dans la pelade en petites aires. Car, nous l'avons vu, dans les pelades aiguës malignes, le microbacille au fond des utricules prend une forme mycélienne rubannée, flexueuse, créant des pelotons enchevêtrés très différents de l'aspect du microbe de Hodara, et cela est un caractère morphologique différentiel de quelque importance. Mais dans la pelade chronique au contraire le microbacille reprend un aspect régulier banal et forme des amas d'unités microbiennes libres, monomorphes, juxtaposées, comme on en trouve dans la séborrhée huileuse ou le centre du comédon. Dès lors rien ne distingue plus une coupe de pelade décalvante d'une coupe de séborrhée grasse, que les seules lésions histologiques. » (Sabouraud.) Ce passage n'est-il pas un argument en faveur de la thèse que nous proposons ? que le microbacille décrit dans la pelade en aires est très probablement le microbe pathogène spécial de cette affection, que le microbacille décrit dans la décalvante n'est au contraire que le microbacille de la séborrhée, affection surajoutée à la pelade dont on retrouve d'ailleurs les lésions histologiques, ou bien affection sur laquelle est venue se greffer la pelade.

Et c'est peut-être même cette infection mixte, c'est peut-être l'action néfaste de la séborrhée huileuse sur la papille pileuse qui est la cause de la ténacité toute spéciale de l'alopecie dans ces décalvantes à téguments gras.

D'ailleurs les recherches récentes de M. le Dr Sabouraud sur les toxines de ces microbacilles et l'étude de leurs effets sur les animaux viennent encore apporter un nouvel appui à l'interprétation que nous proposons. Un lapin inoculé avec de la toxine séborrhéique vraie ne présente pas la même forme d'alopecie qu'un autre lapin inoculé avec de la toxine provenant d'une culture de pelade.

Si donc nous admettons comme rigoureusement exactes les recherches de laboratoire de M. le Dr Sabouraud, nous voyons qu'on peut concilier les résultats fournis par la clinique et par l'expérimentation en soutenant qu'il a très probablement observé et décrit l'agent pathogène de la pelade en aires, mais que dans la pelade décalvante il a pris pour cet agent pathogène le microbacille de la séborrhée qui complique d'ordinaire cette affection. De cette confusion sont nées la théorie de l'identification des deux microbacilles de la pelade et de la séborrhée et l'unification de ces deux processus morbides, unification que nous avons tant de peine à accepter.

Par contre, il semble bien que ces deux maladies soient éminemment connexes, puisqu'elles reconnaîtraient pour cause, dans cette hypothèse, des microbes presque identiques, ayant les mêmes mœurs, tous les deux renfermés dans un cocon d'épiderme, et agissant sur les papilles pileuses par l'intermédiaire de toxines. Comme nous l'avons déjà dit, on est dès lors amené à les considérer comme étant deux frères jumeaux. Mais là s'arrêtent les ressemblances, et leurs effets sur l'économie, l'évolution ultérieure de ces microorganismes présentent de telles différences que leur identité de nature nous paraît ne pouvoir être soutenue. Ne sait-on pas que pour fixer les caractères d'un être en zoologie ou en botanique on doit.

l'étudier non seulement dans sa forme adulte, mais encore dans toute son évolution ? C'est l'ensemble de ses caractères qui fixe son type, et cela est surtout vrai pour ceux qui appartiennent aux classes inférieures des règnes animaux et végétaux. C'est en nous appuyant sur ces principes que nous repoussons l'identification des germes pathogènes de la pelade et de la séborrhée grasse. S'ils dérivent d'une même souche ils ont subi dans leur virulence de telles modifications qu'ils sont vraiment dignes d'être considérés comme ayant leur individualité propre.

Et si nos déductions ne sont pas justes, si des recherches ultérieures viennent démontrer la parfaite exactitude des dernières propositions formulées par M. le Dr Sabouraud, nous répéterons toujours et quand même que, malgré la bactériologie et l'expérimentation, nous ne pouvons confondre dans un seul et même cadre nosologique deux processus morbides aussi distincts que la pelade et la séborrhée ; ils se marient souvent ; ils ne se confondent jamais.

Quoi qu'il en soit, et quel que puisse être le sort futur que l'avenir réserve aux conclusions formulées par notre éminent collègue, il n'en reste pas moins acquis que ses recherches constituent un ensemble des plus remarquables, absolument hors de pair et digne de notre admiration. Nous sommes heureux de le déclarer hautement, et de lui témoigner toute notre joie de lui voir réaliser aussi magnifiquement les espérances que nous avons fondées sur son ardeur au travail et sur sa merveilleuse sagacité d'expérimentateur.

Séborrhée, pelade et calvitie.

Par M. L. JACQUET.

A mon avis, le microbacille étudié par M. Sabouraud ne peut être accepté, sans preuves nouvelles et plus décisives, ni comme l'agent causal de la séborrhée, ni comme celui de la pelade, ni comme celui de la calvitie, et je pense qu'il convient, jusqu'à nouvel ordre, de le considérer comme un agent très actif d'infection secondaire.

A l'appui de cette opinion, je me bornerai à faire remarquer que la preuve principale produite par M. Sabouraud, à savoir la preuve expérimentale, est insuffisante.

D'une part, il nous a montré sur un lapin une alopecie diffuse très incomplète, survenue une quarantaine de jours après l'inoculation sous-cutanée d'une toxine pyrétogène, alopecie qui du reste évolue spontanément vers la guérison, si bien qu'elle est beaucoup plus aisée à rapprocher des alopecies généralisées qui succèdent aux maladies infectieuses que de la pelade ou de la calvitie.

D'autre part, il a obtenu chez un lapin une alopecie en aires, alopecie non séborrhéique d'ailleurs, comme la précédente, et survenue à la suite de l'injection sous-cutanée de 105 centimètres cubes de sa toxine. C'est là une dose énorme, bien propre à produire, surtout chez un animal ayant une pareille tendance à la dépilation, une série de troubles humo-

raux et nerveux très capables d'expliquer quelques aires alopéciques, et constituant en tout cas des conditions fort éloignées de celles qu'on trouve, soit dans la pelade, soit dans la calvitie. Qu'on songe que, pour proportionner les choses *en poids*, il faudrait, chez l'homme, *plusieurs litres* de cette substance pour réaliser une alopecie limitée !

Je ne crois pas, d'ailleurs, que le lapin soit un animal apte à fournir une démonstration péremptoire ; la dépilation est chez lui trop facile ; je n'en veux pour preuve que ce fait : il suffit de lui faire subir pendant une ou deux minutes l'application de bisulfure de calcium pour obtenir par simple raclage et sans nulle irritation de la peau une alopecie qui peut se prolonger pendant deux mois au minimum.

Pourquoi d'ailleurs ne pas recourir ici à l'expérimentation humaine ? S'il est des recherches dans lesquelles elle soit facile et permise, c'est bien dans celles-ci, où l'on peut affirmer au patient de *bonne volonté*, et loyalement prévenu, qu'il ne risque, en mettant les choses au pis, qu'une pelade facile à limiter et à guérir, ou une calvitie définitive, mais *après tout sans grande importance*.

Je me fais un devoir maintenant de reconnaître que les recherches de M. Sabouraud, sans autoriser des conclusions aussi importantes que celles qu'il a formulées, nous ont appris nombre de faits des plus intéressants et ont été conduites avec une rare ingéniosité. Les recherches sur la pelade, entre autres, me paraissent avoir établi d'une façon définitive que cette maladie résulte non d'une infection du poil, mais d'une suspension de la vie papillaire, qu'avait prévue et annoncée M. E. Besnier sous le nom de *sideration* de la papille.

M. J. DARIER. — Je veux tout d'abord apporter, moi aussi, à M. Sabouraud un juste tribut d'admiration pour ses travaux si remarquables.

Il a demandé aux argumentateurs de lui épargner les objections de doctrine ou de théorie et de s'en tenir au contrôle et à la critique des faits qu'il a avancés. Des recherches aussi longues, minutieuses et délicates, ne sauraient être contrôlées dans leur ensemble en quelques semaines. Cependant, comme M. Sabouraud m'a toujours amicalement tenu au courant de ses travaux et m'a soumis la plupart de ses documents, comme j'ai d'autre part recherché et observé un certain nombre de faits confirmatifs, je tiens à venir déclarer dans cette discussion quels sont les points qui me paraissent irréfutablement établis, et quels sont ceux qui réclament un complément d'analyse.

On peut condenser, ce me semble, dans les quatre formules suivantes, les conclusions de M. Sabouraud :

1° La séborrhée grasse est causée par un microbacille spécial.

2° L'alopecie est la conséquence fatale de l'infection séborrhéique des follicules.

3° La chute du poil ou cheveu résulte de l'action du microbacille par l'intermédiaire d'une toxine qu'il sécrète.

4° Dans l'alopecie séborrhéique et dans la pelade le processus est identique ; elles ne diffèrent que par l'acuité plus ou moins grande de ce processus, laquelle est en relation probable avec le degré variable de virulence d'un même microbe causal.

Examinons sommairement ces quatre propositions :

1° Je puis confirmer en tous points l'exactitude de la description qui a été donnée du *cocon* séborrhéique, comédon en miniature, de son siège, de sa forme, de sa constitution, et de la présence constante dans son intérieur du microbacille en abondance colossale. Il est donc justifié de dire que ce microbacille est l'expression microbienne constante de la séborrhée grasse, telle qu'elle est définie par M. Sabouraud.

Je relèverai seulement que la preuve pastorienne du rôle pathogène de ce microbacille n'a pas été donnée jusqu'ici ; toutefois je suis très touché par les arguments tirés de la constance, de l'abondance et du siège spécial du parasite en question.

2° L'infection des follicules est-elle la cause suffisante et nécessaire de l'alopécie ? A cela je ferai une double objection.

Je connais bon nombre de cuirs chevelus, très chevelus, nullement alopéciques ni en passe de le devenir, et qui pourtant hébergent des microbactilles en abondance. J'en sais un en particulier, qui appartient à un ami intime, sur lequel j'ai constaté le fait à plusieurs reprises. Je reconnais qu'il y a des degrés dans l'abondance et qu'il est difficile de les apprécier. Mais ne faut-il pas quelque chose de plus ? un terrain chimiquement prédisposé ? Je veux me garder de toute hypothèse facile et il me suffit de retenir le fait qui prouve qu'il y a une exagération au moins dans les termes des conclusions de l'auteur.

D'autre part il est tout à fait hyperbolique d'avancer que le microbacille est « celui sans la permission duquel aucun cheveu ne tombe de notre tête ». On sait que les cheveux et poils ont une vie de durée limitée, sont soumis à la rénovation, à échéance variable il est vrai (d'où dépend pour une part la longueur différente que peuvent atteindre les chevelures non coupées). Cette rénovation physiologique se fait par le mécanisme de la transformation du poil à bulbe creux, vivant et poussant, en poil à bulbe plein, arrêté dans sa croissance et caduc.

Je rappellerai à ce propos la mue périodique et saisonnière des mammifères, la mue totale du nouveau-né qui commence *in utero*, lesquelles se font sans séborrhée ; en outre, j'ai toujours trouvé, dans les cuirs chevelus les plus sains qui se puissent voir, un certain nombre de cheveux à bulbe plein. M. Sabouraud a cité lui-même le defluvium et les alopecies consécutifs aux infections graves, aux traumatismes à la grossesse et à l'accouchement.

3° Sur la question de la toxine je n'ajouterai rien aux observations présentées par MM. Brocq et Jacquet. J'ai vu moi-même les animaux de laboratoire, lapins et cobayes notamment, perdre leurs poils dans des régions plus ou moins étendues à la suite d'interventions diverses, telles en particulier qu'injections de staphylocoques.

4° Quant aux rapports de l'alopécie séborrhéique et de la pelade il me faut confirmer, d'après mes observations personnelles, l'analogie histologique des deux maladies : j'y ai vu les mêmes cocons ou utricules, contenant le même microbacille ; la réaction des tissus est en apparence identique. S'il y a une différence intime dans le microbe (Brocq) ou s'il existe un élément surajouté dans un des cas, élément que M. Sabouraud n'aurait pas vu, j'avoue qu'il m'a également échappé.

Et cependant je ne peux pas fermer les yeux aux différences d'évolution très nettes que la clinique nous montre entre les deux maladies. Ces différences, l'interprétation selon laquelle il s'agirait d'un seul et même microbe, de virulence variable suivant le cas, ne les explique aucunement. On l'a déjà dit ici avec preuve à l'appui ; mais voici un malade qui me semble instructif à cet égard.

M. Pil..., âgé de 44 ans, sculpteur sur bois, s'est présenté le 14 avril dernier à ma polyclinique de l'hospice La Rochefoucauld. Il se plaint de perdre ses cheveux ; leur chute était très diffuse et peu accentuée depuis plusieurs mois, mais depuis quinze jours elle a pris un développement inquiétant.

Jamais il n'a eu une chevelure très opulente ; sa barbe et sa moustache étaient et sont encore plutôt clairsemées. Mais quand il se présente on constate que les cheveux viennent à la traction par énormes touffes ; sans qu'il les ait tirés, il s'est formé sur tout le cuir chevelu un très grand nombre de taches d'alopecie rondes, de la grandeur d'une pièce de monnaie, où n'existent plus que quelques rares cheveux ; il n'y a pas de cheveux cassés, pas de tache entièrement glabre ; c'est en un mot le type achevé et absolument parfait de l'*alopecie en clairières* telle qu'on la rencontre dans la syphilis. Les sourcils, la barbe et les poils du corps sont intacts.

Je dirige aussitôt mes recherches du côté d'une syphilis possible ; mais, à ma grande surprise, sans aucun succès ; il n'y a actuellement et il n'y a jamais eu aucun symptôme suspect à cet égard.

Dans les antécédents on ne trouve que deux blennorrhagies, dont une avec orchite à gauche et une éruption très prurigineuse qui n'a duré que quelques jours et paraît avoir été parasitaire.

En revanche on découvre dans la bouche des lésions qui ont tous les caractères du *lichen plan* de cette cavité : ce sont sur la face muqueuse des deux joues des taches blanches, porcellaniques, étoilées, lisses et planes, confluentes par places en un petit réseau ; sur la langue un réseau blanc laiteux entre les papilles ; le tout non soupçonné du malade. Sur le rebord de la lèvre inférieure il y a un soulèvement papuleux, long de 1 centimètre, large de 3 millimètres, sec, recouvert d'un épiderme épaissi, datant de deux mois et qui paraît de même nature. Il n'y a d'éruption de lichen plan en aucune région de la peau.

D'autre part, il existe des phénomènes nerveux très accentués, surtout dans la sphère génitale : une impuissance absolue qui depuis six mois a rendu les rapports conjugaux impossibles ; pertes séminales sans érection. Le malade se plaint que sa verge soit trop molle pour uriner (*sic*), il lui semble uriner à travers un chiffon. Pas d'autre trouble de la miction. Urines normales. Sensation de pesanteur dans la tête, sans céphalée aiguë, fatigue cérébrale, tremblement léger des lèvres, de la langue et des doigts — tels sont une série de symptômes qu'on ne peut guère rapporter qu'à la *neurasthénie*, étant donné que les réflexes tendineux sont conservés intacts, qu'il n'y a aucun trouble pupillaire ni aucun autre trouble de la série tabétique ou paralytique générale.

Le 28 avril, la chute des cheveux avait continué et s'était étendue à la barbe, en clairières.

Le 12 mai, l'alopecie est devenue diffuse, les clairières n'existent plus ; elle serait totale, en ce sens que tous les cheveux sont tombés, n'était qu'il repousse des follets très grêles et décolorés qui les remplacent au fur et à mesure. Les sourcils s'éclaircissent manifestement. A la barbe, repousse de follets blancs.

Fin mai, l'aspect est celui que l'on peut voir aujourd'hui. Au cuir chevelu, il n'y a plus trace de clairière, mais sur toute l'étendue des cheveux follets, grêles et décolorés ; à la barbe et à la moustache persistent quelques poils anciens, clairsemés, gros et frisés ; tous les autres sont courts, grêles, pâles comme des follets. Les sourcils tombent abondamment ; les cils viennent facilement à la traction. L'alopecie a gagné tout le corps, sauf les creux axillaires pour le moment ; sur le thorax, au pubis, l'éclaircissement est des plus manifestes et les poils cèdent très facilement à la traction.

L'examen extemporané et par coloration des produits de raclage à l'aide de la méthode de Gram-Weigert a fait reconnaître au début, et m'a permis de retrouver encore hier, malgré un traitement énergique, les cocons séborrhéiques qui fourmillent de microbacilles par milliards.

Comment classer et interpréter ce cas ? Au premier abord on aurait pu penser à l'alopecie syphilitique, ou, en l'absence de syphilis, à une forme de pelade disséminée qui débiterait ; mais à aucun moment, en aucun point on n'a vu se constituer une déglabration totale limitée ou étendue, telle que celle de la pelade en aire ou décalvante.

Actuellement il est bien évident qu'on a affaire à une *alopecie séborrhéique* extraordinairement rapide dans sa marche, étendue dans sa distribution et intense dans ses effets, à une sorte de séborrhée décalvante aiguë.

Cette observation me paraît prouver que, quand bien même la séborrhée est extraordinairement aiguë et dépilante, elle ne donne pas lieu au tableau de la pelade, mais à une alopecie qui conserve les attributs de l'alopecie séborrhéique ; elle pourrait prouver, d'autre part, le rôle que joue l'état du terrain sur l'évolution de la séborrhée, si, comme je le suppose, c'est la déséquilibration nerveuse de ce malade qui est responsable de la gravité insolite de son alopecie séborrhéique.

Les cas exceptionnels peuvent être utiles dans l'étude d'une question en ce qu'ils montrent certaines conditions amplifiées à ce point que leur rôle devient évident.

Note sur les relations de la séborrhée, de la pelade et des alopecies.

Par M. BARTHÉLEMY

Je tiens tout d'abord à déclarer que je suis de ceux qui admirent les travaux si consciencieux de M. Sabouraud, que je me réjouis de ses

succès et que je pense que les progrès déjà réalisés par ses recherches sont de ceux qui honorent le plus l'école dermatologique française contemporaine.

Toutefois je dois dire que, pour cette fois et jusqu'à présent du moins, dans cette question des séborrhées et des alopecies, je n'ai pas été convaincu. Je réclame pour cela de nouvelles preuves et des démonstrations plus convaincantes. Certes M. Sabouraud a cultivé un parasite nouveau de la peau, et, dans les produits séborrhéiques un parasite mieux défini, mieux étudié qu'avant ses recherches. Mais ce parasite est-il vraiment pathogène pour l'homme ? Et, s'il l'est, de quoi et comment l'est-il ? Et surtout, est-il réellement bien le producteur de la séborrhée ? Et s'il l'est, cela prouve-t-il que la séborrhée, l'alopecie et la pelade sont engendrées par l'exultation d'un seul et même germe ? Voilà ce que je ne crois pas, du moins pour l'instant et jusqu'à un nouvel ordre de preuves.

Ce n'est évidemment pas au point de vue bactériologique, mais en face des données de l'observation des sujets malades, que je me place pour faire entrer dans cette discussion les réflexions et les vues que je vais exposer dans cette note.

En 1889, au Congrès dermatologique de Paris, j'ai indiqué que la séborrhée précède toujours certaines affections parasitaires telles que les diverses variétés d'acné, et que sa présence préalable est indispensable à l'apparition de ces éléments éruptifs auto-inoculables et contagieux : cela permet d'insister sur l'importance de la question du *terrain* par rapport à la *graine*.

A tort ou à raison, à raison, je pense encore, j'ai cru remarquer que le point de départ résidait dans les fermentations gastro-intestinales et dans les hyperacidités consécutives des téguments, faits étudiés dans les thèses de Jacques, de Mijoux, etc. C'est, si l'on veut, une des conceptions modernisées de l'antique arthritisme, ou du moins d'une de ses modalités les plus importantes ; elle a l'avantage de s'accorder avec les faits et de mieux montrer comment l'arthritisme n'est pas seulement héréditaire mais peut être acquis.

Les toxines qui résultent de toutes ces fermentations intérieures (causes d'auto-intoxications diverses) agissent sur les tissus les moins résistants ou particulièrement susceptibles à un poison donné ; chez les uns, ce sera la cellule nerveuse qui s'atrophiera (neurasthénie, vésanies, palpitations, etc.) ; chez les autres, ce seront la cellule hépatique, ou pancréatique (diabète par exemple) ; chez ceux-ci la cellule thyroïdienne (obésité) ; chez ceux-là enfin ce sera la peau, l'épiderme, les ongles, les cheveux et, dans ce dernier cas, l'alopecie systématique des arthritiques ; tous ces troubles pouvant d'ailleurs s'associer ou exister isolément. En tout cas, il y a des cas d'acné que je me suis attaché à guérir sans traitement local, rien qu'en modifiant l'état général, comme on guérirait certaines dermatoses ioduriques en supprimant l'ingestion de préparations iodurées. Certes, il vaut mieux joindre l'antisepsie externe, la galvanocaustique, etc., aux antiférentescibles ; mais dans tous les cas, il importe de modifier, de stériliser le terrain si l'on veut obtenir des résultats favorables et durables. Aujourd'hui encore, je crois qu'il n'y a pas d'acné, qu'il n'en peut pas exister sans séborrhée

préalable, celle-ci formant le véritable milieu, le terrain nécessaire au développement, indispensable à la germination des parasites.

La syphilis, la gale, chacune à leur manière, bien entendu, sont de ces maladies pour la réceptivité desquelles l'organisme semble toujours prêt; mais la trichophytie déjà a ses préférences et ses impossibilités (Age, etc.), et la tuberculose exige, pour se développer, un véritable état, longtemps préparé à l'avance, de réceptivité morbide.

Je suis de ceux qui pensent que la peau n'est pas un organe à part, indépendant ou isolé dans l'organisme; je crois qu'elle est au contraire le plus souvent le témoin, le miroir, le réactif des fonctions internes, et que c'est l'élaboration intérieure qui dispose la peau à se laisser atteindre ou bien à se montrer réfractaire, indépendamment de son degré de résistance congénitale, bien entendu.

En d'autres termes, là encore il y a la graine et le terrain. La graine peut être étudiée par le laboratoire; mais c'est surtout la clinique et l'observation des malades qui nous donneront la connaissance du terrain. Et cette question du terrain n'est pas accessoire; à mon avis, c'est elle qui domine, qui prime les autres.

Toujours est-il qu'il y a fort peu et peut-être pas d'acné avant la dixième année, parce qu'il n'y a pas de séborrhée vraie avant cette époque. Celle des enfants nouveau-nés n'est pas de même qualité; du reste, elle prédispose à l'eczéma séborrhéique, tandis que celle de la puberté favorise l'éclosion de l'acné. C'est en effet le plus souvent vers 13 ans, lorsque, sous l'influence de la puberté, s'éveillent puissamment les fonctions cutanées et que se développe le système pileux, qu'apparaît et s'accroît vite la séborrhée, avec tous ses caractères... car il est peut-être utile de bien s'entendre sur ce qu'on appelle séborrhée: pour ma part, je désigne ainsi cet état de la peau grasse, luisante, tachant comme du beurre le papier à cigarette, ayant des localisations bien constantes: région médio-frontale, espace intersourcilier, pommettes, lobule du nez, menton, régions présternale et interscapulaire... enfin, cuir chevelu.

Or, si cette séborrhée n'existe pas chez l'enfant, si elle apparaît bien, comme le disaient les anciens, en même temps que le sperme, est-elle vraiment due au parasite que M. Sabouraud nous a décrit? Et cela je le demande d'autant plus que la pelade, contrairement à l'acné, n'est pas rare chez l'enfant.

D'autre part, dans les nombreux cas que j'ai vus, il ne m'a pas semblé que la séborrhée fût intense chez les sujets peladiques.

Je crois, pour ma part, à la nature parasitaire et contagieuse de la pelade; je crois aussi à l'action des toxines et des venins sur l'alopecie, et cela à cause d'un fait que j'ai observé: un soldat d'Afrique avait été piqué au cuir chevelu pendant son sommeil par un scorpion, disait-il. Toujours est-il qu'autour de la plaie venimeuse, dans l'étendue de la paume de la main, et circulairement, les cheveux tombèrent comme dans la pelade, de façon à créer une plaque alopecique, qui resta dénudée, décolorée, lisse, atrophique, même pendant plus de deux années; les cheveux finirent par repousser, mais blancs comme dans une mèche vitiligineuse; j'ai perdu le malade de vue et j'ignore si la repousse est restée défini-

tive..... De même font sur les racines des cheveux les toxines de l'arthritisme qui créent l'alopecie définitive, parce que la cause est indéfiniment répétée.

Mais je reviens à la pelade vraie et spontanée, c'est-à-dire non consécutive à un traumatisme. Souvent, cette pelade ne se montre-t-elle pas au milieu de chevelures opulentes et indemnes de pellicules et de séborrhée, avant comme après la pelade? Certes, la pelade et la séborrhée peuvent coexister; il n'y a pas incompatibilité entre elles; mais il ne semble pas que l'une soit indispensable à l'autre, comme par exemple la séborrhée l'est pour l'acné; cette dernière pourrait presque être considérée comme un réactif de la présence de la séborrhée. S'il n'y a pas d'acné dans l'enfance, c'est qu'il n'y a pas de séborrhée; ou il y a de la pelade dans l'enfance, donc la pelade et la séborrhée sont de cause dissemblable. Et si la pelade coexiste parfois avec la séborrhée, n'est-ce pas qu'il y a une variété de pelade douée de caractères spéciaux, une sorte de pelade séborrhéique, plutôt exceptionnelle? Je me souviens avoir vu un cas de pelade totale, très ancienne, avec séborrhée et transpiration intenses; la peau du cuir chevelu était amincie, atrophiee, collée aux os et semée de plusieurs pustulettes plates purulentes... mais il n'en est pas ainsi dans les cas de pelade qu'on observe couramment.

Enfin la pratique nous apprend qu'il y a des cheveux naturellement si résistants qu'ils persistent drus et serrés jusque dans la vieillesse avancée, se montrant indéfiniment réfractaires à la pelade, à la séborrhée, voire à la calvitie. Il y a donc dans tous ces produits des qualités variées; ce qu'on pourrait décrire dans un chapitre intitulé: « Pellicules et Absalon! »

Qu'il me soit permis d'exprimer un dernier doute sous forme d'une simple interrogation: s'il s'agissait bien du microbe de la séborrhée et de la pelade, M. Sabouraud n'eût-il pas pu tirer de ses recherches un moyen direct de guérir des maladies dont il avait su découvrir la cause spécifique? Au lieu de cela, la médication proposée par lui reste la même: antiseptique, soufrée, savonneuse, boratée, alcaline comme auparavant, pour combattre cette hyperacidité cutanée qui permet toutes les végétations.

Telle est la question; telle du moins je la vois, par l'observation des malades et par la pratique. Dans une étude du genre de celle que vient de faire M. Sabouraud, comme dans l'étude de tous les troubles cutanés d'ailleurs, il y a lieu de tenir le plus grand compte du terrain et des conditions qui le modifient, c'est-à-dire des données de la clinique.

Nous croyons donc devoir réclamer, avant de conclure définitivement dans le même sens que M. Sabouraud, un supplément de preuves et des expériences nouvelles, plus complètes et plus concluantes.

Et si la démonstration ultérieure est réalisée, s'il est bien prouvé que la pelade et la séborrhée sont dues à la même cause, ce sera une conquête de plus (et probablement pas la dernière) à l'actif de la bactériologie, car ces relations de cause à effet étaient, du moins à mon avis, cliniquement insoupçonnables.

M. HALLOPEAU. — Je ne me dissimule pas le danger qu'il y a à prendre

la parole le dernier dans la discussion qui est ouverte : non seulement on risque de fatiguer l'attention, mais surtout on est exposé à trouver le sujet épuisé par les orateurs précédents. Je ne reproduirai pas les objections formulées par nos collègues ; je m'associerai seulement à eux pour proclamer la haute valeur des travaux qui font l'objet de cette controverse, leur grande originalité, les nombreux faits conquis par l'expérimentation que l'on y trouve exposés, et pour proclamer qu'ils font le plus grand honneur à notre école dermatologique : ils sont la digne continuation des études qui ont éclairé d'un jour tout nouveau l'étude des teignes.

Si nous nous permettons quelques objections, elles n'ont nullement trait aux faits énoncés par M. Sabouraud : ils ont tous l'empreinte de la vérité, aucun d'eux ne nous paraît contestable ; seule, leur interprétation nous paraît sujette à des réserves.

Avant de les exposer nous nous permettrons d'appeler un instant l'attention sur l'historique de la question ; d'après M. Sabouraud, il n'existerait pas : « telle que je viens de la décrire, dit-il dans son premier mémoire, la séborrhée grasse n'a pas d'histoire ». M. Brocq vient de montrer les objections que soulève cette proposition.

Nous nous permettrons de rappeler que nous-même, en 1889, dans les réunions hebdomadaires des médecins de l'hôpital Saint-Louis, nous nous sommes, à plusieurs reprises, efforcé d'établir que la séborrhée n'a pas pour siège principal, comme le soutenait Unna, les glandes sudoripares, mais bien les glandes sébacées ; plus récemment, nous avons insisté sur les rapports de la localisation commune dans l'appareil séborrhéique de diverses dermatoses, parmi lesquelles nous citerons, non seulement le pityriasis capitis, les affections dites eczémas séborrhéiques capitis, pré-sternal et interscapulaire, mais aussi la plupart des acnés, la plupart des psoriasis, le pityriasis rubra-pilaire et nous avons, de par les caractères cliniques de ces dermatoses, considéré comme très probable leur origine parasitaire : alors même que l'avenir viendrait donner raison à M. Sabouraud relativement au rôle pathogénique du fin bacille qu'Unna et lui y ont rencontré, nous nous croyons en droit de dire avec M. Brocq que la séborrhée a une histoire déjà longue.

Abordons maintenant les réserves de fond que nous paraissent impliquer les publications de M. Sabouraud.

Est-il vrai que, dès à présent, le fin bacille d'Unna-Sabouraud doive être considéré comme l'agent générateur de la séborrhée du cuir chevelu ? Nous nous trouvons en présence de deux faits : une hypersécrétion des glandes pilo-sébacées et l'existence d'un parasite dans ce produit de sécrétion : lequel prime l'autre ? est-il bien certain que, comme le veut M. Sabouraud, ce soit ce bacille qui, par lui-même, ou plutôt par ses toxines, donne lieu à l'hypersécrétion glandulaire ? n'est-ce pas plutôt cette hypersécrétion qui est le phénomène initial, et le fin bacille n'est-il pas autre chose qu'un hôte secondaire trouvant dans le milieu graisseux anormal par sa quantité ou sa qualité un terrain favorable à sa grande multiplication ? Il est incontestable en effet que la sécrétion des glandes sébacées est susceptible de s'accroître sous des influences diverses, comme le font celles de toutes les autres glandes ; on conçoit que des vices d'alimentation

et aussi des dispositions héréditaires favorisent ces hypersécrétions ; il est possible même que la section des cheveux, en privant les glandes sébacées de leur principal émonctoire naturel, amène l'accumulation de leur produit de sécrétion ; il doit donc nécessairement se produire des hyperstéatoses d'origine non parasitaire : or, si, dans toutes ces séborrhées, sans exception, on trouve ce même fin bacille, il devient évident qu'il ne s'y développe que secondairement.

Nous sommes loin de mettre en doute la nature parasitaire des affections d'origine séborrhéique, mais il ne nous paraît pas établi que le microbe soit le même pour chacune d'elles ; et, au risque de formuler des propositions d'apparence paradoxale, nous dirons : la séborrhée n'est pas, par elle-même, d'origine parasitaire, mais elle constitue un milieu favorable au développement de parasites ; ces parasites peuvent différer, dans les différentes parties de l'organisme et chez les divers sujets, en raison des variantes régionales et individuelles dans la composition chimique du flux graisseux : d'où les formes multiples des dermatoses liées à la séborrhée.

J'arrive au second point que M. Sabouraud s'est efforcé de mettre en évidence, l'identité de la séborrhée grasse et de la pelade. Pour l'admettre, il faut considérer comme sans importance les différences cliniques si considérables qui séparent les deux affections, et particulièrement la progression en aire, l'aspect des cheveux qui tombent avant que leur extrémité libre n'ait eu le temps de s'atrophier, leur décoloration qui appartient en propre à la pelade ; il nous paraît y avoir là des différences qui portent non seulement sur des manifestations symptomatiques, mais aussi sur l'évolution de la maladie, et qui nous paraissent entraîner une différence de nature.

Néanmoins, nous n'aurions qu'à nous incliner devant l'opinion de M. Sabouraud s'il nous apportait la preuve que le fin bacille est la cause prochaine de la maladie : en est-il donc ainsi ? pour en juger, rappelons à quelles conditions il est permis d'affirmer qu'un microbe est la cause prochaine d'une maladie déterminée : il faut, non seulement qu'on le rencontre constamment dans cette maladie, mais aussi que l'on puisse la reproduire expérimentalement par l'inoculation de ses cultures ; or, cette reproduction expérimentale de la pelade par l'inoculation du fin bacille, M. Sabouraud ne l'a pas obtenue ; la démonstration n'est donc pas faite. Il est vrai que notre collègue a trouvé ce fait des plus intéressants que l'inoculation des toxines engendrées par le fin bacille peut donner lieu, chez le lapin, à des plaques d'alopecie très analogues à celles de la pelade ; mais l'on sait que divers poisons ou toxines ont la même action. Nous signalerons, d'après les indications qu'a bien voulu nous fournir M. Chantemesse, l'abrine, produit extrait du jéquirity, et aussi les contagés de la syphilis et de diverses autres maladies infectieuses. On nous dira que les résultats positifs de l'inoculation ne sont pas nécessaires pour faire admettre le rôle pathogénique d'un microbe, et l'on peut citer, comme exemples, les agents infectieux du paludisme, de la fièvre récurrente et de la lèpre ; mais, dans ces maladies, il s'agit de micro-organismes qui ont des caractères tout particuliers, on les y trouve constamment et on ne les trouve pas en dehors d'elles ; il n'en est pas de même du fin bacille

d'Unna et Sabouraud que l'on rencontre dans des affections multiples et diverses.

Nous mentionnerons enfin, parmi les faits que l'on peut opposer à la manière de voir de M. Sabouraud, le développement de plaques peladiques sur des terrains séborrhéiques; on ne voit guère un microbe d'une activité suraiguë venir s'enter sur terrain occupé par une forme atténuée du même parasite: celui-ci constitue, en thèse générale, une vaccination contre celui-là.

Il résulte de cette discussion que, malgré tout l'intérêt et la puissante originalité des nombreux faits nouveaux que vient de faire connaître M. Sabouraud, et malgré toute l'habileté de sa dialectique, nous ne pouvons considérer comme démontré que le fin bacille soit la cause de la séborrhée non plus que de la pelade, ni que ces deux maladies soient essentiellement identiques.

M. BARBE. — Je serai très bref, car les objections que j'ai à faire ont été déjà émises par les orateurs précédents. Elles peuvent se résumer ainsi :

1° La séborrhée ne produit pas la calvitie; après un certain nombre d'auteurs, j'ai observé plusieurs sujets atteints depuis des années de séborrhée, soit sèche, soit grasse, qui n'ont pas la moindre chute de cheveux.

2° Je proteste contre le rapprochement intime fait par M. Sabouraud entre la calvitie (alopécie prématurée) et la pelade, maladies tout à fait distinctes.

3° Le micro-bacille de M. Sabouraud, qui produirait à la fois la séborrhée, le comédon, la calvitie et la pelade, n'a pas de valeur pathogène.

4° Si l'alopécie prématurée était d'origine microbienne, nous verrions d'un sujet à un autre des cas d'inoculation, entre conjoints par exemple; nous verrions aussi chez une personne chauve des auto-inoculations à la barbe, ou en d'autres régions du corps, comme dans la pelade. Jamais on n'a vu de fait semblable. L'alopécie prématurée se cantonne exclusivement au cuir chevelu.

5° M. Sabouraud se retranche derrière l'injection de la toxine de son micro-bacille qui a déterminé sur des lapins une alopécie durable; mais ne savons-nous pas qu'une telle alopécie peut être produite par une foule de toxines, telles que celles qui proviennent des agents pathogènes de la plupart des maladies infectieuses.

M. TENNESON. — Je ne comprends pas la discussion actuelle; elle n'a pas de sanction possible. M. Sabouraud vous a apporté des faits, rien que des faits, étudiés pendant plusieurs années avec une rigueur et une compétence à laquelle tous vous avez rendu hommage. Or, vous lui opposez quoi? des raisonnements, des impressions cliniques et de beaux compliments.

On ne peut comparer entre elles que des choses du même ordre. Apportez donc ici, dans quelques années, des faits du même ordre que ceux de M. Sabouraud; et ceux qui vivront verront si vos résultats sont ou ne sont pas compatibles avec les siens. Mais aujourd'hui nous discutons dans le vide.

M. BROcq. — Je regrette infiniment que M. le Dr Tenneson n'ait pas assisté au début de cette discussion. Il aurait vu par la communication que j'ai eu l'honneur de vous faire que M. le Dr Sabouraud ne s'est pas borné à nous apporter des faits et rien que des faits. S'il en avait été ainsi, aucun de nous n'aurait eu l'audace de venir l'argumenter avant d'avoir institué les longues expériences de contrôle dont parle M. le Dr Tenneson.

Mais il y a trois parties bien distinctes dans les travaux de M. le Dr Sabouraud : 1° une partie historique et clinique sur laquelle nous avons, du moins je l'espère, le droit de lui faire des objections ; 2° une partie purement expérimentale que nous acceptons tous et à laquelle s'adressent nos éloges et notre admiration, 3° enfin l'interprétation de ces faits de laboratoire, interprétation qui nous semble en quelques points dépasser ce que l'expérimentation a déjà donné, et nous estimons que sur ce dernier point encore nous pouvons bien discuter avec notre collègue.

M. FOURNIER. — M. Brocq vient de dire : il n'y a pas une pelade, mais des pelades. Je suis complètement de son avis. Dans la syphilis il y a plusieurs variétés d'alopecie. Outre la variété disséminée, — en clairière, — il y en existe une autre caractérisée par des flots situés dans la barbe ou sur le cuir chevelu et présentant tous les caractères extérieurs de la pelade. Quand on observe des cas de ce genre pour la première fois, on est tenté de croire que l'affection sera longue. Il en va tout autrement. A peine trois ou quatre mois se sont-ils écoulés, que la guérison est complète. Mais un an ou deux après, les malades reviennent avec de nouveaux flots. J'ai d'abord cru à une simple coïncidence de la pelade et de la syphilis, mais la coexistence de cette forme d'alopecie et de la vérole est si fréquente que je dois admettre un lien entre ces deux états morbides, encore que je sois loin d'être fixé sur la signification de cette variété d'alopecie. Est-ce une forme peladique d'alopecie syphilitique ? est-ce une pelade modifiée par la vérole ? c'est ce que je ne saurais dire.

En tout cas, en clinique, ces flots d'apparence peladique offrent des caractères très spéciaux qui sont les suivants : 1° Leur surface est absolument glabre, contrairement à ce qu'on observe dans l'alopecie en clairière ; 2° la peau, au niveau de ces plaques, est toujours décolorée ; 3° la curation est très facile et spontanée ; 4° les récidives sont fréquentes.

M. MOREL-LAVALLÉE. — J'ai observé des faits analogues. Dans un cas notamment il s'agissait d'un peladique qui contracta la syphilis, eut des plaques peladiformes pendant la période secondaire et resta peladique après la disparition des accidents spécifiques.

M. SABOURAUD. — La Société de Dermatologie, en consacrant une de ses séances tout entière à la discussion de mes travaux, leur a fait le plus grand honneur qu'ils puissent recevoir. Je comprends et j'apprécie toute sa valeur. C'est pourquoi mes premières paroles seront des paroles de remerciement.

Cependant et dès l'abord je dois déclarer que je trouve ces débats prématurés et confus. Prématurés, car personne n'a eu le temps de con-

trôler les faits qu'on discute et dont l'exposé même n'a pas encore été terminé ; confus parce que le sujet de la discussion est multiple et que, pour être clair, il eût dû être scindé en ses trois parties : Séborrhée, Calvitie, Pelade.

Laissez-moi résumer d'abord tout ce que j'ai dit ; cela sera simple et facile, car il est dans la destinée des travaux expérimentaux de demander trois ans d'efforts pour pouvoir s'exposer en une phrase de dix lignes.

La séborrhée grasse (*Acne oleosa* des anciens auteurs français) existe sur les régions pilaires comme sur les régions glabres. Quand elle survient sur une région pilaire, les poils ou cheveux de cette région sont condamnés, ils s'atrophient et ils tombent. La calvitie vulgaire s'établit par ce mécanisme. De même toute plaque de notre pelade commune est une plaque de séborrhée grasse aiguë et localisée. En ses divers sièges la séborrhée grasse a pour cause un même micro-organisme spécifique, microbacille cultivable, dont la culture injectée aux animaux produit sur eux des épilations.

Tels sont les faits auxquels on vient de m'opposer des objections ou des négations pures et simples.

La première question, soulevée par M. Brocq et reprise par M. Hallopeau, est une question de priorité. J'ai dit ailleurs que je considérais ces revendications comme vaines et je ne devrais pas m'y arrêter.

Mais si j'accepte d'avance que d'autres m'empruntent, je ne puis aucunement accepter de paraître emprunter à autrui ; c'est là une question de délicatesse. En ce qui concernait les trichophyties j'ai déjà montré, ce semble, le respect que je professe pour la propriété scientifique d'autrui.

Pour la séborrhée grasse, loin de moi l'idée de prétendre que personne n'en avait écrit avant moi. *Telle que je la décris* — ai-je dit — la séborrhée grasse n'a pas d'histoire. Je décris une maladie connue, mais dont la cause, la nature et le mécanisme ne le sont pas. J'en débrouille le tableau clinique confondu parmi dix autres entités morbides, j'en décris l'histologie et la lésion élémentaire sensible aux yeux, je décris cette maladie en tous ses sièges et j'y joins d'une façon indissoluble la calvitie, sa conséquence la plus grave.

On me permettra de trouver que cette description ainsi faite est nouvelle. J'en ai d'abord pour preuve l'émoi de mes collègues de la Société, qui a provoqué la discussion d'aujourd'hui. J'en ai pour preuve les termes mêmes par lesquels mon excellent maître et ami M. Brocq, dans ses travaux antérieurs, a décrit la maladie, puisque le terme d'*hyperidrose* désigne expressément des lésions *sudoripares*, tandis que la lésion élémentaire de la maladie que j'ai décrite occupe le canal même de la glande *sébacée*.

Examinons maintenant les objections qui sont opposées à mes travaux.

On verra plus loin dans la réponse de M. Hallopeau, une phrase qui suffirait à me laver du grief qu'il me fait lui-même : « M. Sabouraud, dit-il, me reproche d'avoir, contrairement à sa manière de voir, englobé le pityriasis capitis dans la séborrhée ; mais, si je ne me trompe, je suis d'accord avec tous les auteurs, sauf M. Sabouraud. » Voilà exposée très précisément la confusion même que j'ai relevée, cette confusion, faite par tout le monde en effet, cette confusion qui fait que la séborrhée grasse — *telle que je la décris*, n'a pas d'histoire.

Pour M. Brocq, *ou bien ma toxine n'est pas la toxine séborrhéique, ou bien elle doit reproduire le phénomène du flux de sébum?* Pourquoi ce dilemme? Toute glande dont le canal est obstrué ne subit-elle pas une hyperexcitation fonctionnelle? Rien d'étonnant donc dans le phénomène séborrhéique. Le dilemme de M. Brocq n'est pas du tout impliqué par les phénomènes observés. Il n'y a nul besoin de faire de force intervenir la toxine dans leur production. Ce n'est donc pas une objection capable de « disqualifier » le bacille.

Pour M. Brocq, les deux bacilles de la séborrhée et de la pelade, causes de phénomènes cliniques si différents, ne peuvent pas être identiques. S'ils le sont, en saine logique, ils sont sans valeur dans l'une et dans l'autre maladie.....

Ces mêmes objections se sont posées, en saine logique, il y a 25 ans, pour le vibrion septique, et depuis 25 ans on sait ce que peuvent être les variations de virulence chez *une même* espèce microbienne. Et mon excellent maître ne peut ignorer qu'entre un microbe d'une virulence intense, et le même désarmé de toute puissance, aucune différence, de fond, de forme et de *vitalité même*, n'existe; et encore que des agents physiques ou physiologiques suffisent à lui faire perdre ou récupérer cette virulence, *et cela dans le plus bref délai*. Il y a des bactériidies charbonneuses qui ne tuent plus la souris, et d'autres qui tuent l'homme en 20 heures. En trois générations de culture on fait l'une avec l'autre et inversement. De même pour le vibrion septique, pour le choléra, l'érysipèle, de même pour tous. Si le microbacille séborrhéique montre ces fluctuations de virulence, il rentre dans la règle; il s'en écarterait lui tout seul, et prodigieusement, s'il ne nous en fournissait pas d'exemple. La deuxième objection de M. Brocq n'est donc pas non plus celle qui disqualifiera le bacille séborrhéique. Au contraire.

M. Brocq me fait au sujet de la pluralité de la pelade des reproches qui me touchent d'autant plus vivement que je ne croyais pas m'y être exposé.

...Dans les travaux de M. Sabouraud, « la nature une de la maladie est admise sans conteste. Il n'y a qu'une pelade causée par un seul et même microbe. »

La vérité c'est que j'ai étudié notre pelade *vulgaire* comme notre calvitie *vulgaire*, en m'efforçant d'écarter de mon sujet tous les cas douteux pour ne pas apporter en mon étude des causes nouvelles d'erreur. Qu'il y ait une pelade commune, c'est ce dont personne ne doute. M. Brocq l'admet. C'est celle-là que j'ai étudiée et j'ai montré la parité de cette maladie avec la pelade décalvante totale.

Là se sont bornés mes travaux. Les encyclopédies doivent traiter de tout, les monographies au contraire doivent être restreintes.

Dans mon travail intitulé : *Diagnostic et traitement de la pelade et des teignes de l'enfant* (Rueff, 1895), j'ai dû envisager ces fausses pelades inflammatoires, ces peladoïdes, suite de traumatisme, d'impetigo ou de furoncles, et là j'avais à les examiner à leur place. Ici non, et c'est pourquoi je ne l'ai pas fait.

M. Brocq, parlant ensuite de l'alopécie périfurunculuse que j'ai précisément étudiée par comparaison à celle de la pelade, en tête de mon

troisième mémoire sur la question (p. 48 du tirage à part), admet une toxine alopeciante dans le staphylocoque du furoncle.

C'est pour vérifier cette hypothèse que je me suis fait à moi-même une inoculation de toxine staphylococcique assez malheureuse qui n'a amené chez moi aucune dépilation locale, mais bien des phénomènes généraux.

Le mécanisme intime de l'alopecie périfurunculuse n'est pas entièrement comparable à celui de l'alopecie peladique, en raison de la proximité d'un foyer inflammatoire et suppuré. Dans le furoncle il ne s'agit pas d'une toxine *elective*, agissant exclusivement sur la papille du poil, c'est un travail inflammatoire banal qui frappe tous les éléments de la peau. L'épiderme aussi se renouvelle autour du furoncle, de même la papille, et alors le poil tombe, et microscopiquement sa racine n'est pas atrophiée, elle est intacte et morte.

Enfin, je ne m'explique pas davantage les objections de M. Brocq à propos de la contagion de la pelade. Il me reprocherait presque d'admettre trop la contagion de la pelade, comme M. Hallopeau me reprochait à moi aussi naguère de ne pas l'admettre du tout. En tant que travaux expérimentaux je n'en ai parlé que pour dire: l'expérimentation est encore muette sur ce point. Ailleurs (*Traité de thérapeutique* de Robin) j'ai exprimé au nom de la clinique les mêmes idées que M. Brocq est venu défendre et presque dans les mêmes termes. Je ne vois donc pas matière à discussion entre deux opinions identiques.

Les objections de M. Jacquet ne m'arrêteront pas longuement. Tout d'abord il loue peut-être un peu trop la « rare sagacité » qui d'après lui m'a conduit en trois sujets d'étude à trois erreurs. Il parle ensuite d'une toxine pyréto-gène, la mienne ne l'est pas. Il parle d'alopecies expérimentales passagères; après quatre mois, celles que j'ai obtenues sur le lapin durent encore. Enfin, pour prouver la facile dépilation du lapin, il emploie le bisulfure de calcium, épilatoire vulgaire qui dépilera tant qu'on voudra tous les animaux imaginables et même un fauteuil ou un paillason. Un épilatoire et une toxine dépilante n'ont aucun point comparable.

Quant à l'expérimentation humaine que propose M. Jacquet, je ne la tenterai sur personne tant que je n'aurai pas cru pouvoir la faire sur moi.

M. Darier est le seul de mes contradicteurs qui ait bien voulu apporter à mes travaux autre chose que des objections théoriques ou des opinions de clinicien; qu'il me permette de l'en remercier d'une façon particulière. A tous les faits que j'avais énoncés et qu'il a pu étudier dans le court laps de temps écoulé entre mes communications et ce jour, il apporte des contrôles importants, quoique partiels. Il a pu vérifier la parité des lésions de la pelade et de la séborrhée, l'existence constante, innombrable et pure, du microbacille dans la séborrhée de toute localisation, enfin l'identité microscopique du microbacille dans la séborrhée et dans la pelade.

Quant à l'existence, qu'il a retrouvée, du microbacille en colonies rares et isolées sur des cuirs chevelus où la dépilation est insignifiante, c'est un fait que j'ai observé et étudié page 267 du mémoire sur la calvitie.

M. Barthélemy et M. Brocq également invoquent l'action prépondérante du terrain dans la genèse de la calvitie et de la séborrhée, et insistent

sur la nécessité de l'arthritisme préalable, mais toujours sans donner de ce mot la définition urgente que chacun de nous attend. Si M. Barthélemy a voulu dire que le microbe s'implante là où il peut vivre et que tous les hommes ne lui donnent pas l'aliment nécessaire, c'est ce que les Anglais appellent *un truism*, une vérité de définition, que j'ai signalée très précieusement sans penser devoir y insister. J'ai même ajouté que tout, et la bactériologie elle-même, se résolvait en questions d'ordre chimique; mais j'ai ajouté aussi que cette chimie nous étant inconnue, je m'abstiendrais d'en discourir.

M. Hallopeau décrit la séborrhée en y mélangeant à nouveau, plus ou moins près, cinq ou six entités morbides différentes. Il reproduit ainsi le tableau des séborrhées telles que tout le monde les décrivait hier encore. Mais ce tableau n'a rien de commun avec la maladie de symptômes précis et monomorphes que j'ai décrite. Ce qu'il en dit n'a donc pas trait au sujet qui nous occupe et je n'ai plus à le discuter.

M. Hallopeau suppose que la séborrhée fait naître le microbacille et n'admet pas que le bacille fait naître la séborrhée. Cette objection a été faite à toutes les maladies microbiennes, y compris la tuberculose; je n'insisterai pas.

Avec tous mes argumentateurs M. Hallopeau appuie sur ce fait que d'autres toxines ou des poisons végétaux produisent aussi des alopecies. Ce fait en soi n'a rien qui touche aux résultats que j'ai obtenus. Cependant je trouve qu'on en a singulièrement abusé ici. Je ne sais si personne parmi mes contradicteurs a fait autant d'inoculations expérimentales que moi, et a pu mieux que moi observer des exemples d'alopecie expérimentale. Sauf pour la séborrhée, j'ai trouvé ces exemples frustes, rares, inconstants, survenant chez des femelles gravides ou des animaux cachectiques.

Il est en tout cas beaucoup plus facile de citer ces faits que de les reproduire. J'ai montré ici les alopecies que j'ai obtenues. Personne n'en a montré d'autres. Remettons au point cette question: J'ai connu le microbacille séborrhéique en juillet 1895 et je n'ai obtenu sa culture qu'en septembre 1896. Les inoculations n'ont donc été possibles qu'après la publication de mes travaux sur la pelade.

Or dans ces mémoires je montre comment le microbe doit faire tomber le poil dans le follicule duquel il habite.

Comme je l'avais prévu *plus de dix mois à l'avance*, il se trouve justement que la toxine de ce microbe est dépilante, et elle ne cause pas comme certains microbes connus des dépilations rares, irrégulières, accidentelles, chez des animaux cachectiques, mais bien au contraire *régulièrement et à coup sûr* sur tous les animaux inoculés, et par plaques énormes et *sans altération générale*. Je laisse la conclusion se faire d'elle-même.

Quant à l'*abrin*, que M. Hallopeau cite sur la foi de M. Chantemesse, si M. Hallopeau l'avait inoculée comme je l'ai fait, il aurait vu que ce poison provoque des désordres immédiats et formidables, parmi lesquels la dépilation d'ailleurs inconstante est infiniment accessoire. Ensuite il aurait vu que cette dépilation zonulaire entourant comme une mince couronne et à distance le point d'inoculation, n'a rien de comparable aux alopecies expérimentales que j'ai présentées ici.

Enfin M. Hallopeau m'objecte qu'un microbe identique ne peut pas causer deux choses aussi différentes que l'alopecie des séborrhéiques et l'alopecie peladique. Mais ne savons-nous pas que le même streptocoque, qui dans l'économie peut causer : bronchites, admygdalites, abcès, phlébites, septicémies, pleurésies, péritonites, etc..., dans la peau seule cause l'érysipèle, les lymphangites, des abcès et l'echthyma, lésions bien plus différentes encore que deux alopecies ne peuvent l'être.

A M. Barbe je n'ai qu'à présenter les réponses que j'ai faites aux précédents orateurs et qui s'appliquent à tous les points de son argumentation.

J'en ai fini de répondre brièvement à chacun de mes contradicteurs ; leurs objections valent du reste d'être reprises en détail et je ne les oublierai point. Mais je voudrais, pour terminer, présenter de tous leurs arguments et de leur mode d'argumentation un résumé bref et général pour en montrer le défaut commun.

Dans un article récent du *Progrès médical*, M. Paul Raymond, sans décorer son discours d'autant de fleurs à mon adresse que mes bienveillants contradicteurs d'aujourd'hui, M. Paul Raymond schématise en trois mots, dès ses premières phrases, le vice de raisonnement reproduit ici sous toutes ses formes : « *Les faits cliniques valent bien les faits bactériologiques*, dit-il, *on me l'accordera.* » Or, c'est là précisément une proposition que ni moi, ni personne qui a suivi la méthode expérimentale, ne peut accorder en aucune façon, sous aucune réserve et dans aucune mesure. C'est là une erreur pleine et entière. Et la précédente discussion suffit à la mettre dans tout son lustre.

Nous venons en effet d'entendre six opinions cliniques toutes dissemblables ; beaucoup, celles de M. Hallopeau et de M. Brocq, la première proposition de M. Barbe, etc..., sont rigoureusement contradictoires. Et j'y ajouterais volontiers celle de M. Paul Raymond, qui prend d'ailleurs le soin de nous avertir qu'il est presque seul de son avis sur des faits que la clinique lui démontre surabondamment.

Or tous les cliniciens, de même, croient leur opinion surabondamment démontrée par la clinique, sans voir qu'elle n'a pas d'autre critérium que la valeur de leur propre jugement, et que les opinions d'autrui sont différentes ou inverses.

Je le déclare ici très simplement ; pour moi, la clinique toute nue, la clinique sans le laboratoire, aujourd'hui n'existe plus. Je sais bien que jusqu'au XVII^e siècle, des astronomes contemporains de Galilée se sont obstinés à vouloir faire de l'astronomie sans lunette. Ils n'ont rien laissé de valable, parce que du jour où le télescope était né, l'astronomie à l'œil nu était classée. Et de même aujourd'hui la clinique qui veut se priver bénévolement du contrôle d'instruments plus précis que l'œil de l'homme.

Je sais très bien que cette proposition paraîtra encore aujourd'hui révolutionnaire à quelques-uns, absurde à beaucoup d'autres. Mais je suis ici après les autres pour donner mon opinion. Et je suis sûr du moins qu'elle ralliera sans peine celle de notre cher et vénéré Président, car nous l'avons tous entendu infliger maintes fois de bénins et courtois rappels à l'ordre à ceux qui apportent ici des observations cliniques incomplètes auxquelles manque le contrôle expérimental.

On me dit : La clinique ne peut pas admettre ce que vous dites. Mais les opinions cliniques qui me contredisent se contredisent aussi entre elles à chaque instant. La vérité clinique que nous apporte M. Hallopeau n'est pas celle de M. Brocq, et ainsi de suite. Je ne vois pas là de vérité clinique, je ne vois que des opinions.

Où est donc et quelle est donc alors la clinique qui ne peut pas admettre ce que je dis ? Est-ce celle de tel auteur ou celle de tel autre ; celle d'aujourd'hui ou celle de demain ? Depuis dix ans j'ai vu les opinions cliniques sur tous sujets changer quatre ou cinq fois. — On m'a appris d'abord à distinguer l'érysipèle médical et l'érysipèle chirurgical, et l'on m'a appris ensuite qu'ils ne différaient plus aucunement. Ensemble on m'avait appris que l'érysipèle ne suppure jamais, et puis on l'a vu suppurer. On ignorait sa relation avec la fièvre puerpérale, et puis on l'a mise hors de doute, puis on y a rattaché la *phlegmatia* comme identique dans sa cause, etc., etc... Je n'en finirais pas de tout dire, car en vérité, à ne pas changer dans leur tableau clinique il n'y a eu que les maladies sur lesquelles le laboratoire n'a pas encore fait la lumière.

Et c'est au nom de cette clinique incertaine, toujours et avant tout myope et individuelle, qu'on vient discuter des faits précis et tangibles existant hors de notre esprit et vérifiables par tous ceux qui voudront bien les regarder.

Quand je parle d'un microbe, je le montre. Et il est visible pour M. Darier comme pour moi, comme pour tous. Je le montre dans la lésion qu'il détermine, et j'étudie cette lésion depuis son début jusqu'à sa disparition. Quand je parle d'une culture je la présente, quand même il m'a fallu quatorze mois pour l'obtenir comme celle-ci. Enfin, quand je parle d'une toxine, je ne fais pas comme ceux qui l'invoquent à la façon d'un dieu inconnu, toutes les fois qu'une chose leur demeure inexplicable, je l'apporte dans une bouteille qui est un objet éminemment palpable. Enfin je montre sur les animaux les effets de cette toxine.

N'y a-t-il donc pas une différence de certitude entre une simple opinion que l'opinion d'un autre contredit, et une succession méthodique de faits palpables qui s'enchaînent et se prouvent l'un par l'autre, hors de toute opinion personnelle et de toute contingence ?

En somme, chaque découverte nouvelle comporte ce que l'on pourrait appeler un *coefficient de stupéfaction*. Et cette stupéfaction est d'autant plus grande que les faits apportés sont plus nouveaux, plus inattendus. Alors surgissent des négations d'instinct. On dit : « Cela n'est pas parce que cela ne peut pas être ! » Cette stupéfaction donne naissance à des arguments qui ne sont pas des raisons de science, mais des raisons de sentiment. Or nous nous étions réunis non pas pour entendre exposer des sentiments, mais pour juger des démonstrations.

Lorsque M. Pasteur est venu apporter à l'Académie des sciences le fruit de ses études sur les fermentations, il a eu contre lui tous les praticiens et tous les savants. Les savants, au nom de leurs idées préconçues, les praticiens, fabricants de bière ou de vinaigre, éleveurs de vers à soie, tous au nom de leur pratique, qui est leur clinique à eux, se sont élevés en faux contre les affirmations du maître. De même plus tard les méde-

cins quand il s'est agi de maladies infectieuses. Et je me rappelle encore cette apostrophe véhémement de M. Pasteur à l'un de ces contradicteurs d'alors : « Est-ce que vous croyez par hasard, M. Pidoux, que vous êtes « libre de croire ou de ne pas croire un fait scientifique qu'on vous « démontre ? »

Qu'en est-il advenu depuis ? Tout le monde s'est converti ; il l'a bien fallu ; et après trente ans de recul nous pouvons voir que tous les discours des opposants d'alors ne valaient pas en bloc et à eux tous un seul flacon de M. Pasteur.

Vous n'imaginez pas que j'ose faire une comparaison audacieuse et malséante entre celui qui parlait alors et celui qui parle aujourd'hui. Non pas, car je ne suis même point, comme on l'a voulu dire, le Pasteur des brebis tondues. Mes conclusions de cette comparaison lointaine seront tout autres. Les voici :

Dans les discussions d'autrefois comme dans la discussion d'aujourd'hui, ce ne sont pas les discours qui feront la lumière, ce sera l'expérimentation pastorienne.

Je ne sais pas moi-même si je ne me suis pas laissé circonvenir par mes expériences, et si je n'ai pas dépassé les conclusions qu'elles me permettent. Mais vous ne le savez pas non plus, *parce que vous ne les avez pas reproduites.*

Et de même qu'à l'époque de ces discussions fameuses d'autrefois on ne pouvait savoir où était cette vérité tant débattue, de même aujourd'hui nous n'en saurons pas davantage ; mais dans quelques années, quand de suffisantes recherches de contrôle se seront produites, nous verrons clair dans la discussion d'aujourd'hui, et nous saurons de quel côté est la vérité.

M. L. JACQUET. — J'ai fait allusion au bisulfure de calcium, parce que, grâce à lui, on peut obtenir instantanément, sans irritation de la peau, des alopecies très persistantes. Mais, je le répète, bien des causes, chez le lapin surtout, conduisent à ce résultat, notamment les sections nerveuses, qui ont donné à Max Joseph et à d'autres des alopecies en aires. M. Sabouraud se plaint que l'on ne s'en tienne pas au contrôle et à la discussion des *faits* qu'il nous apporte ; mais les *faits* sont une chose, et les *conclusions* qu'on en tire en sont une autre. Personnellement, je tiens les faits de M. Sabouraud pour bien observés et exacts dans leur ensemble ; je conteste l'importance et l'interprétation qu'il leur donne, voilà tout.

M. HALLOPEAU. — Suivant M. Sabouraud, j'ai eu tort d'étendre, dans une autre direction que lui, le champ des affections liées à la séborrhée, et particulièrement d'y avoir englobé le pityriasis capitis ; mais, si je ne me trompe, je suis à cet égard d'accord avec tous les auteurs, sauf M. Sabouraud ; j'ajouterai que je suis également d'accord avec les faits, car il résulte des analyses qui ont été pratiquées à plusieurs reprises dans mon service par mes internes en pharmacie, que les squames de ce

pityriasis renferment une proportion de matières grasses souvent très considérable : n'est-ce pas là de la séborrhée ? Je ne veux pas dire par là qu'il n'y ait pas de séborrhée sans pityriasis et qu'il n'y ait pas lieu d'admettre l'existence de flux de sébum sans desquamation.

Après la réponse de M. Sabouraud, la valeur de mon argument relatif à l'existence d'hypercrinies non parasitaires des glandes sébacées reste intacte : comme tous les autres organes de sécrétion, ces glandes doivent être nécessairement susceptibles de devenir, sous des influences multiples, le siège d'hypersecrétions ; on ne connaît pas de glandes dans l'organisme pour lesquelles il en soit autrement : si donc, je la répète, on trouve constamment, dans ce produit de sécrétion, le fin bacille d'Unna et Sabouraud, c'est que celui-ci n'en est pas la cause et qu'il trouve simplement dans le milieu séborrhéique un terrain favorable à sa multiplication.

Pour ce qui est du polymorphisme des altérations engendrées par un même microbe, il est connu depuis longtemps ; mais, ce que l'on n'observe pas, ce sont les différences si remarquables d'étiologie et d'évolution qui séparent la pelade des calvities vulgaires.

Je ne suivrai pas M. Sabouraud dans le procès qu'il intente à la clinique, dont il exagère singulièrement les contradictions : c'est, depuis longtemps, une vérité banale que tous les modes d'observation doivent être mis en œuvre pour arriver à la découverte de la vérité ; il y a à cet égard parité entre eux : il suffit, pour s'en convaincre, de parcourir les bulletins de notre Société ; on y verra, en toute évidence, que la clinique a contribué aussi puissamment que tout autre procédé d'investigation aux progrès récents de la dermatologie. Tout en s'appuyant constamment sur l'anatomie pathologique, la bactériologie et l'expérimentation, elle conserve son indépendance et sa valeur propre.

En ce qui concerne la pelade, il va de soi qu'il appartiendra à l'expérimentation de déterminer quel est le contagion dont la clinique permet d'affirmer l'existence, mais nous ne pouvons admettre qu'il le soit d'ores et déjà : l'expérience a trop souvent démontré que l'on ne peut conclure de la présence constante d'un microbe dans une maladie à son influence pathogénique sur cette maladie ; nous attendons une inoculation chez l'homme ; jusque-là, la preuve n'est pas faite et nous nous refusons, au nom de la clinique et de la pathologie générale, à considérer comme de nature identique des maladies aussi dissimilaires que la pelade et la calvitie séborrhéique.

Le secrétaire,

E. JEANSELME.

SÉANCE DU 10 JUIN 1897

Présidence de M. Ernest Besnier.

SOMMAIRE. — Ouvrages offerts à la Société. — A propos du procès-verbal. Pelade et lichen, par M. JACQUET. — Nævus vasculaire de la région cubitale; troubles fonctionnels de l'articulation cubito-humérale; tuméfaction péri-cubitale; radiographie, par MM. E. BESNIER et BARTHÉLEMY (Discussion : MM. BESNIER, DU CASTEL, BARTHÉLEMY, JACQUET). — Note sur un lichen de Wilson avec prédominance d'éléments acuminés pilaires et hyperchromie, par MM. HALLOPEAU et POULAIN (Discussion : MM. DARIER, HALLOPEAU, WICKHAM, BROCC, BESNIER). — Sur un cas d'érythrodermie prémonique avec lésions buccales et pharyngées, par MM. HALLOPEAU et WEIL (Discussion : MM. DARIER, HALLOPEAU, LEREDDE). — Ulcères phéniqués des jambes, par M. DU CASTEL (Discussion : MM. LEREDDE, SABOURAUD, BROCC, DARIER). — Mal de Meleda, par M. EHLERS (Discussion : MM. DARIER, EHLERS). — Dyschromie cervicale anormale chez une syphilitique, par MM. FOURNIER et DOMINICI. — Notes sur un voyage de reconnaissance de la lèpre dans les Balkans, par M. EHLERS. — Note sur le traitement externe de l'eczéma, par M. LEREDDE. — Un cas de dermatite bulleuse congénitale, par M. AUGAGNEUR (Discussion : M. HALLOPEAU).

Ouvrages offerts à la Société.

Procès-verbaux de la Société vénéréologique et dermatologique de Moscou, 1895-1896. (En russe.) Moscou, 1897.

E. BODIN et ALMY. — Le microsporum du chien. Extr. : *Recueil de médecine vétérinaire*, mars 1897.

J. GALLOWAY. — Ulcerating granuloma of the pudenda. Ext. : *British Journal of Dermatology*, 1897.

A L'OCCASION DU PROCÈS-VERBAL

Pelade et lichen.

Par M. L. JACQUET.

M. Darier nous a présenté dans la dernière séance un malade qui a été, simultanément ou à peu près, atteint de pelade et de lichen

buccal. Je puis en citer un autre qui, à la suite d'une bronchite, a été pris de pelade de la tête et de la barbe et d'un lichen plan cutané et bucco-lingual. Ces deux affections ont évolué côte à côte pendant treize mois, puis ont guéri *toutes deux après quatre semaines* de traitement par les douches tièdes.

Je ne puis m'empêcher de noter à ce propos que ce qu'on sait aujourd'hui de précis sur le mécanisme de la lésion pileaire peladique, à savoir qu'elle traduit simplement la *sidération*, la *léthargie* de la papille, permet, hypothétiquement j'en conviens, mais assez légitimement je crois, de la rapprocher au point de vue biologique général des faits d'*inhibition* étudiés par Brown-Séguar.

Si l'on accepte ce rapprochement, on pourra interpréter la néoplasie lichénienne survenue dans le cas que je viens de relater comme un des phénomènes *dynamogéniques* que Brown-Séguar déclarait associés à peu près inévitablement au phénomène d'inhibition. Et si l'on m'objectait que, dans les cas de pelade, la dynamogénie complémentaire est rare, je répondrais que c'est parce qu'on ne la cherche pas, et que d'ailleurs ces phénomènes pouvant être infiniment variés, leur découverte est extrêmement difficile.

Nævus vasculaire de la région cubitale. Troubles fonctionnels de l'articulation cubito-humérale. Tuméfaction péri-cubitale ambiguë. Radiographie.

Par MM. E. BESNIER et T. BARTHÉLEMY.

M. ERNEST BESNIER. — Voici une jeune fille qui présente un *nævus vasculaire* de la région huméro-cubitale, dans l'atmosphère hypodermique duquel on constate une tuméfaction diffuse, œdématoïde, conservant l'impression du doigt, en même temps qu'il existe une gêne fonctionnelle de l'articulation, une rétraction du biceps, une atrophie adipeuse et musculaire du bras, et des points épiphysaires douloureux à la pression. La tuméfaction est-elle reliée au *nævus*? Les altérations, matérielles et fonctionnelles, dépendent-elles de lésions articulaires, osseuses, périostiques ou épipériostiques?

Avec le *nævus*, les relations semblent de simple coïncidence topographique, car il existe depuis la naissance, et les troubles matériels et fonctionnels ne datent que de une ou deux années. L'articulation elle-même paraît saine, et la gêne fonctionnelle semble due, soit à la douleur, soit à la rétraction musculaire; mais qu'est la tuméfaction elle-même? Quel est son point de départ, quelle est sa base? Y a-t-il une altération osseuse ou périostique? Et quelle est leur nature?

Sur le premier point, les caractères *cliniques*, il semble bien que la réponse soit affirmative de l'existence d'une périostose ; mais ma confiance dans lesdits caractères est assez ébranlée pour que j'aie jugé sage d'invoquer les caractères optiques, et j'ai prié mon très cher collègue M. Barthélemy de faire, avec son habileté et sa compétence bien connues, l'examen radiographique. Je lui laisse la parole pour vous en exposer les résultats.

M. BARTHÉLEMY. — Vous venez d'entendre la description du cas que vient de faire M. Besnier et de voir la malade. Voici maintenant la photoélectrographie. Les résultats sont négatifs et l'épreuve, quoique très nette, est à peu de chose près celle d'un coude normal. Cela a une valeur, une signification, car il faut savoir interpréter une épreuve négative. Or, si la lésion était considérable, si elle intéressait l'os, il y aurait une modification proportionnelle ; il faut, pour n'avoir pas laissé de trace, qu'elle soit très minime, portant seulement sur le périoste. Vous voyez des lésions telles dans les photographies que voici : par exemple, chez cette fillette qui avait tous les symptômes de la coxalgie, on voit nettement que l'articulation coxo-fémorale est restée saine et que la lésion est exclusivement limitée au grand trochanter ; il y a là une *périostite tuberculeuse*, non suppurée, simplement inflammatoire, et pourtant il est très facile, comparativement à cette autre hanche saine, de constater que le grand trochanter est gonflé, tuméfié, déformé ; l'indication découle très nette d'inciser, de râcler et d'assainir une lésion qui est encore extra-articulaire, mais il faut se hâter.

Voyez cette autre épreuve qui présente un coude d'adulte atteint de *périostite syphilitique* tertiaire ; on voit le gonflement, la déformation de l'os, et, sous le périoste malade, une sorte de zone obscure qui est l'ostéome, le noyau gommeux sous-périosté.

Dans ces deux autres cas, il s'agit de périostite chronique ; le périoste est épaissi, fibreux, du côté de l'os déjà intéressé, et les lésions sont fidèlement et fortement marquées ; si donc il n'y a rien d'indiqué ici, c'est que vraiment la lésion est superficielle, causant seulement du côté de la peau un peu d'empâtement. En tout cas, il semble bien qu'il n'y ait pas ici d'indication pour une intervention chirurgicale. Tout ce qu'on peut tenter, c'est de guérir le nævus au moyen de l'électrolyse positive.

Voici plusieurs autres radiographies de coude, les unes médicales comme ce cas de goutte saturnine ; les autres chirurgicales comme cette luxation et ces fractures. Mais il y a aussi d'autres coudes atteints de lésions médicales ; tel celui-ci qui présente une ostéite de syphilis héréditaire chez un enfant du service de M. Fournier. Voici

d'ailleurs d'autres lésions syphilitiques, telles que cette ostéite de l'humérus, ou cette autre, ostéite du cubitus, et celle-ci encore, ostéite tertiaire du métacarpien (cas de M. Danlos); vous voyez tout de suite combien l'os est lésé, atteint, déformé dans toute son épaisseur, et combien cela diffère de la minime et superficielle affection du sujet que vous a présenté M. Besnier. Pour toutes ces raisons, on peut conclure comme j'avais commencé, en disant qu'il n'y a pas de lésion du coude, qu'il n'y a qu'une affection du cubitus, superficielle et légère, une épi-périostite chronique et localisée. La cause me paraît due plutôt à l'hérédosyphilis ou à la syphilis infantile qu'à la tuberculose. Une lésion osseuse n'eût pas échappé à la radiographie.

Ce nouveau procédé d'investigation a fait depuis deux mois de très réels progrès; pour que vous en jugiez par vous-mêmes, j'ai apporté quelques épreuves radiographiques que nous avons récemment obtenues, notre collègue Oudin et moi, sur les cas pathologiques, soit chirurgicaux, soit médicaux, les plus divers. Voici des cas de fractures de cuisse, de l'avant-bras; mais d'autre part, voyez ce fœtus injecté avec des sels métalliques, comme sa circulation est facile à étudier jusque dans ses plus fines arborisations; une anatomie ainsi présentée serait certainement des plus intéressantes.

Voici des cas exclusivement médicaux; par exemple, des maladies thoraciques les plus diverses; ici, tout ce côté gauche sombre à concavité supérieure montre le niveau de l'épanchement pleurétique; ici, il y a de la pleurésie chronique et de la sclérose pulmonaire dans toute la hauteur de la poitrine qui est devenue asymétrique depuis trois ans que la lésion dure; là il y a un petit point de tuberculose, au sommet droit, qui n'a été trouvé à l'auscultation et avec les autres procédés cliniques qu'après que la radiographie en eut indiqué la topographie; ici il y a un kyste hydatique du poumon; là enfin il y a un poumon gauche farci de noyaux tuberculeux, tandis qu'à droite on voit le poumon aplati et serré contre la colonne, malgré une large bride pleuro-pulmonaire, par un fort épanchement d'air qui rend le côté droit beaucoup plus clair et plus dilaté qu'à l'état normal. Dans toutes ces photographies, les poumons sont malades, mais l'aorte est saine; regardez sa forme et ses dimensions et veuillez les comparer à ces autres, qui font de fortes saillies sombres anormales; c'est que dans ces trois cas il s'agit d'anévrysme aortique déjà constitué en tumeur médiastine, mais ne se manifestant encore par aucun symptôme possible à saisir en clinique. Un cas a été si méconnu qu'on a cru à de la neurasthénie simple et qu'on a conseillé la gymnastique, la bicyclette et le séjour à la mer; chez un autre, le diagnostic était moins impossible cliniquement, mais il était plus que douteux et en tout cas très discuté; un de ces cas est probablement d'origine syphilitique. Dans un des cas, la mort subite d'un malade a permis de s'assurer de la réalité de

la tumeur anévrysmale, ainsi que l'a dit à la Société médicale des hôpitaux notre collègue Bécclère, du service duquel proviennent la plupart de ces malades si intéressants. Voici une curieuse étude des calculs les plus divers provenant de la collection du D^r Doyen ; les caractères sont assez distincts chez quelques-uns pour que la composition en soit presque décelée par la photographie.

Et ces adénopathies péritrachéo-bronchiques ; et cette calcification de la saphène interne chez un vieillard athéromateux, du service de notre collègue Darier ?.....

Vous voyez qu'on n'est plus limité aux corps étrangers, balles, aiguilles, morceaux de verre, et qu'on peut aborder l'étude de la luxation congénitale de la hanche, de la coxalgie et de très nombreux cas de maladies thoraciques, pulmonaires ou cardio-aortiques.

Je ne veux pas abuser de votre attention, sans quoi je placerais sous vos yeux plusieurs épreuves différentes d'études de la face, et vous vous rendriez compte comme les résultats fournis par ce nouveau mode d'investigation peuvent être utiles pour fouiller par exemple les divers sinus de la face, les maxillaires, munis ou non de leurs dents, etc. On peut donc soutenir sans témérité que la médecine ne tardera pas à trouver dans les procédés radiographiques et radioscopiques de précieuses indications pour le diagnostic et pour le traitement des malades. Je remercie notre éminent maître et président M. Besnier de l'occasion qu'il m'a donnée de vous exposer ces résultats.

M. E. BESNIER. — Ainsi donc, la radiographie ne confirme pas les caractères cliniques ; on voudra bien relever ce point dont l'importance dépasse les limites du fait particulier. La tuméfaction est simplement épipériostique. Mais quelle est sa nature ?

Rhumatismale ? Pour le cas présent cette réponse conserve tout le vague que peut comporter ce qualificatif dans l'état actuel.

Tuberculeuse ? Mais tous les caractères communs manquent si l'on veut bien remarquer que les lésions datent de deux années.

Syphilitique ? Mais malgré ces deux années les os sont intacts ; la jeune fille ne présente aucun signe direct ni indirect de cette infection ; et il n'y a pas d'hérédité vraisemblable ou établie.

En réalité, je n'ai aucune solution ferme ; et je me demande s'il est légitime de faire ce que nous appelons la « cure d'épreuve » ?

M. DU CASTEL. — Je demanderai à M. Barthélemy s'il a déjà constaté des périostites syphilitiques ne donnant rien aux épreuves radiographiques.

M. BARTHÉLEMY. — L'inflammation ne s'est pas produite ici aux dépens de l'os et il n'est pas étonnant que l'épreuve radiographique ne donne pas de résultat, car les périostites aiguës ou secondaires, par exemple, ne laissent pas de trace.

M. JACQUET. — Avant d'employer le traitement mercuriel, ne pourrait-on se servir du salicylate de méthyle, et s'il y a sédation, pratiquer le massage ?

M. BARTHÉLEMY. — Je propose de commencer le traitement par une injection de calomel, qui rendrait plus décisive l'épreuve thérapeutique.

M. BESNIER. — Si j'adoptais la cure d'épreuve, je serais disposé à l'exécuter en administrant à l'intérieur, ce que je considère comme la préparation de choix, la liqueur de van Swieten, à doses fractionnées, en quatre à huit prises dans les vingt-quatre heures, selon la méthode que M. Brocq et moi avons mise à exécution avec les résultats les plus dignes de remarque.

Note sur un lichen de Wilson avec prédominance d'éléments acuminés pilaires et hyperchromie.

Par MM. HALLOPEAU et POULAIN.

On sait combien est polymorphe le lichen de Wilson; l'un de nous a déjà communiqué à la Société plusieurs faits dans lesquels les éléments acuminés étaient associés aux papules planes; nous en apportons aujourd'hui un nouvel exemple: cette anomalie de l'éruption, coïncidant avec une singulière hyperchromie, a rendu et rend encore le diagnostic difficile.

L'observation de ce malade peut être résumée ainsi qu'il suit :

Antécédents. — Ils sont nuls au point de vue de l'hérédité.

La maladie actuelle a débuté, il y a six ans, par une éruption de petits boutons qui siégeaient principalement au dos, provoquaient de vives démangeaisons, et ont été suivis d'une coloration pigmentée de la peau. Depuis cette époque, le malade se plaint surtout d'avoir éprouvé un prurit intense qui se renouvelait tous les soirs. Malgré cela, sa santé générale est restée bonne, et sa force physique est entièrement conservée (il parcourt dans la journée jusqu'à 150 kilomètres en bicyclette).

Il n'y a pas de rachialgie, de vomissements, ni d'affaiblissement générique.

État actuel, 17 avril 1897. — Cet homme, très brun, est de constitution moyenne. Sur le visage, les mains, la partie inférieure des avant-bras, la peau est d'apparence normale. Sur le tronc au contraire, ainsi que sur la face postéro-externe du membre supérieur et le haut des cuisses, existe une coloration pigmentée.

Cette coloration est particulièrement accentuée en avant du thorax, sur la ligne médiane, depuis la fourchette sternale jusqu'à l'appendice xyphoïde. Dans le dos, on remarque des plaques nummulaires ou irrégulières au niveau desquelles se voient de nombreuses saillies lichénoïdes. Ces taches hyperpigmentées sont nombreuses et se détachent nettement

sur la peau voisine qui est saine. Quelques-unes sont lenticulaires, d'autres miliaires. On voit en outre des traînées de grattage manifestes sur la partie postérieure des épaules.

Au niveau du cou, le maximum de pigmentation correspond en arrière à la pression du col de la chemise au niveau des 6^e et 7^e cervicales, et de la région sous-jacente. A ce niveau, des taches brunes, irrégulièrement polygonales et brillantes, offrent l'aspect du lichen plan. D'autres taches sont nummulaires, et montrent également de nombreuses saillies lichénoïdes de coloration brun sépia. L'exagération des plis de la peau est très prononcée au niveau de toutes ces plaques, mais particulièrement remarquable sur une grande surface pigmentée qui recouvre le sommet de l'épaule droite. Au-devant des aisselles, les saillies brunâtres sont d'une extrême finesse : on dirait une poussière noire infiltrée dans la peau. On voit en outre des saillies miliaires plus considérables. Les plis de la peau sont exagérés et les sillons qui les séparent ont une coloration moins intense. Au sommet du creux axillaire, les saillies miliaires sont très nombreuses et confluentes.

Au niveau de la plaque pré-sternale, les saillies pilo-sébacées sont exagérées, et l'on voit aussi un grand nombre de dépressions correspondant à des orifices sébacés.

Les aréoles mamelonnaires sont d'une coloration comparable à celle de la peau d'un nègre.

La périphérie de l'ombilic et le fourreau de la verge sont également très colorés. Il en est de même des creux poplités. Il est probable que ces pigmentations exagérées sont normales chez ce sujet. Enfin notons l'asphyxie locale des mains qui sont violacées et froides.

Le 27. Dix jours après, nous revoyons ce malade, au retour d'un voyage pendant lequel il aurait fait quelques écarts de régime. Il accuse une exagération considérable du prurit, marqué surtout le soir, et au niveau de nouvelles plaques apparues à la région antérieure du cou. Ce sont des plaques érythémateuses, irrégulièrement circonscrites, légèrement saillantes, qui s'effacent sous la pression du doigt, et sur lesquelles on remarque de nombreuses saillies miliaires confluentes. Leur surface desquame légèrement, mais les poils persistent à leur niveau. Elles ont un aspect lichénoïde et s'étendent de chaque côté sur les parties latérales de la région.

Au-dessous de ces plaques, qui sont confluentes, on en voit d'isolées, composées d'éléments plus petits agglomérés. Ces groupes se retrouvent sur la partie postérieure du cou, et l'on rencontre tous les intermédiaires entre les saillies miliaires et les plaques de plusieurs millimètres de diamètre formées d'éléments isolés et confluentes. Sur la partie externe des joues, dans les sillons naso-jugaux, existent des plaques érythémateuses analogues. On voit en outre de nombreuses saillies blanchâtres, disséminées, représentant des adénomes miliaires. Quant aux plaques du thorax, elles persistent avec leurs caractères.

1^{er} juin. Les lésions se sont encore accentuées.

Sur le dos, derrière l'épaule gauche, deux larges taches sont remarquables par leur coloration brune. De plus, on y voit un grand nombre de

saillies miliaires régulièrement disposées, plus claires que l'ensemble de la plaque sur laquelle elles reposent, quelques-unes même tout à fait blanches. Sur certaines plaques ces saillies existent également, mais par petits groupes de sept ou huit éléments plus pâles que la peau environnante. De ces flots, les plus petits ont environ les dimensions d'une petite lentille, les plus grands mesurent jusqu'à 7 centimètres, suivant leur grand axe. A chacune des petites saillies qui les constituent est annexé un poil. Enfin, sur les parties latérales du cou, ces saillies sont disposées en séries transversales. Elles correspondent à deux taches fortement pigmentées situées sur le côté gauche du cou, et séparées par un intervalle de peau relativement saine. Tout à fait en haut de la région cervicale, des papules confluentes forment des plaques qui correspondent à la limite inférieure des cheveux. Elles sont disposées symétriquement de chaque côté, de façon à former une surface irrégulièrement triangulaire, à sommet inférieur. Ici encore, on note des papilles pigmentées, chacune d'elles correspondant à un poil.

En avant du sternum, la zone pigmentée est très étendue. Outre les saillies miliaires précédentes, que surmontent des poils, on y remarque un groupe d'éléments papuleux, présentant des stries opalines identiques à celles du lichen plan. Sur le fond brunâtre de cette zone présternale se détachent en haut deux plaques, l'une ovale, l'autre arrondie, la première plus foncée, la seconde plus claire que la région voisine.

La voûte palatine, dans ses deux tiers antérieurs, a une coloration opaline. On y remarque un grand nombre d'élevures punctiformes et de dépressions sinueuses qui correspondent à des vaisseaux. Enfin une plaque opaline, à la face interne de la joue gauche, rappelle absolument le lichen plan buccal.

Ce qui frappe tout d'abord, chez ce malade, c'est l'hyperchromie qui est intense sans offrir la teinte sombre violacée qu'elle présente d'habitude dans les lichens plans invétérés ; le sujet étant lui-même très fortement pigmenté, on peut tendre à considérer comme pathologiques, non seulement la coloration foncée des plaques éruptives, mais aussi celle des mamelons, de l'ombilic et du fourreau : il est très probable qu'il n'en est rien et que ces hyperchromies, malgré leur intensité exceptionnelle, sont normales chez ce malade.

Nous nous sommes demandé au début si nous n'aurions pas affaire à un cas anormal de dystrophie papillaire et pigmentaire ; l'intégrité de la santé générale était peu en faveur de cette manière de voir.

Un dernier examen (nous n'avions pu étudier ce malade que passagèrement, car nous ne le voyions qu'à notre policlinique) nous a révélé l'existence de deux éléments typiques de lichen de Wilson : nous voulons parler d'une papule avec stries opalines et d'une tache buccale ; considérant l'une et l'autre comme pathognomoniques, nous avons été conduits à rattacher au lichen de Wilson l'ensemble de l'éruption.

Nous ferons remarquer qu'elle est en grande partie constituée par

des éléments miliaires acuminés, presque tous centrés d'un poil et distribués par places en séries linéaires ; ce sont évidemment des cas de ce genre qui entretiennent chez certains pathologistes la confusion entre le *pityriasis rubra pilaris* qu'ils appellent *lichen ruber acuminatus*, et le *lichen de Wilson* ; ils oublient qu'une dermatose n'est pas, le plus souvent, caractérisée seulement par des éléments éruptifs, mais aussi par leur mode de groupement, leurs localisations et les troubles fonctionnels qui les accompagnent ; nous noterons particulièrement, comme signes différentiels chez notre sujet, l'absence de cônes épidermiques et de desquamation, ainsi que de localisations au visage et aux mains, et l'existence d'un prurit intense.

Pour ce qui est de l'hyperchromie, c'est un phénomène banal dans le lichen de Wilson, à un léger degré, mais elle atteint ici une intensité exceptionnelle ; elle est comparable à celle que l'on observe dans la dystrophie papillaire et pigmentaire et dans la maladie d'Addison ; il est très probable qu'elle est en relation avec la très forte pigmentation qu'offrent normalement les téguments chez le malade et dont nous avons le témoignage plus spécialement au niveau des aréoles mamelonnaires, de l'ombilic et du fourreau.

Nous ferons remarquer, en terminant, que, si l'on n'avait pas sous les yeux l'unique plaque à stries opalines sur laquelle nous avons insisté, on pourrait soutenir qu'il s'agit d'un lichen ruber acuminatus avec localisation buccale : c'est sans doute un fait de cette nature qui a conduit Lukasiewicz à admettre cette localisation qui, suivant nous, ne s'observe jamais dans cette maladie.

M. DARIER. — Le malade a-t-il pris de l'arsenic ?

M. HALLOPEAU. — Le malade a pris de la liqueur de Fowler, il y a plusieurs mois, à doses modérées, et pendant peu de temps.

M. WICKHAM. — La présence de stries opalines sur des lésions d'un diagnostic difficile permet d'affirmer le lichen plan et j'en ai eu la preuve dans un certain nombre de cas ; même dans les lichénifications primitives on ne trouve pas ces stries grisâtres.

M. BROcq. — Je ne puis m'inscrire en faux contre le diagnostic porté ; mais si le malade offre du lichen ruber plan, il présente surtout de la lichénification.

M. HALLOPEAU. — Le lichen plan est une maladie tout à fait polymorphe. Les éléments acuminés avec poil central ne sont pas étrangers au lichen de Wilson.

M. BROcq. — Chez ce malade, je le répète, la majorité des lésions sont des lésions de lichénification, non de lichen ruber acuminé.

M. HALLOPEAU. — Il me parait plus naturel d'admettre, dans ce cas, une seule dermatose : or, l'existence d'un lichen de Wilson nous parait incontestable ; nous nous croyons donc en droit de rattacher à ce même type morbide l'ensemble de ces éléments éruptifs.

M. BESNIER. — Je reste indécis sur le classement ferme de ce cas. Les pigmentations ne me paraissent pas être, comme elles le sont dans le lichen de Wilson typique, secondaires à l'évolution des éléments de lichen. Il y aurait lieu d'examiner la part qui peut revenir à la médication arsenicale qui a été employée.

M. HALLOPEAU. — Le malade a été traité surtout par des douches chaudes et des applications d'une pommade à l'essence de menthe et à l'huile de bouleau ; le prurit a été ainsi modéré.

Malgré les objections qui m'ont été faites et qui s'expliquent par les difficultés de diagnostic, je persiste à admettre chez ce malade l'existence d'un lichen de Wilson anormal : en effet, je le répète, je considère, avec M. Wickham, comme caractéristiques, à cet égard, les stries opalines que présente l'une des papules présternales et les plaques buccales sont également en faveur de ce diagnostic. Pour ce qui est des hyperchromies, nous avons vu que certaines d'entre elles doivent être considérées comme constitutionnelles ; telles sont celles des aréoles péri-mamelonnaires et du pourtour de l'ombilic ; le malade assure avoir eu, dans le cours de ces six dernières années, des boutons dans les parties qui, en dehors de ces régions, sont le siège d'une pigmentation anormale. Comment d'ailleurs classer ce fait s'il ne s'agit pas d'un lichen de Wilson ?

Sur un cas d'érythrodermie prémycosique avec lésions buccales et pharyngées.

Par MM. H. HALLOPEAU et E. WEIL.

L'histoire du malade que nous avons l'honneur de vous présenter offre une grande analogie avec celle du sujet que l'un de nous a montré au premier Congrès dermatologique international, et qui était connu sous le nom d'*homme rouge* : elle présente cependant quelques particularités sur lesquelles nous nous permettrons d'appeler l'attention.

Le nommé C..., couché au 81 de la salle Bazin, fait remonter à deux années environ le début de sa maladie : il a vu en premier lieu se produire de petites saillies rouges sur la face dorsale de ses mains et de ses poignets, puis progressivement la rougeur s'est étendue et a fini par envahir presque toute la surface du corps.

Elle s'est bientôt accompagnée de sensations prurigineuses des plus intenses, ainsi que de poussées sudorales qui, d'abord partielles et prédo-

minantes dans la moitié gauche du tronc et survenant seulement à intervalles de quelques jours, se reproduisent actuellement plusieurs fois par jour avec une énorme abondance et constituent un phénomène des plus pénibles ; le malade a, dans ces derniers mois, considérablement maigri et ses traits se sont altérés.

De grande taille, il était d'une constitution vigoureuse.

Nous résumerons ainsi qu'il suit son état actuel.

A la face, la peau est d'une couleur rosée ; au niveau du front, elle est infiltrée, légèrement épaissie, avec desquamation au niveau des sourcils. Ceux-ci ont presque disparu dans la moitié interne, totalement dans la moitié externe ; les cils sont tombés.

Au cuir chevelu, la peau est rose, infiltrée et squameuse ; sur les côtés et au vertex, il y a une chute assez considérable de cheveux. Ceux-ci sont secs et grêles, mais adhérent.

Au cou, on trouve la peau tendue, squameuse, à la partie antérieure ; à la nuque elle a un aspect vaguement lichénoïde ; les plis y sont exagérés et séparent des saillies assez régulières d'un aspect brillant. C'est un des points où la démangeaison est le plus accusée, avec les sourcils et les creux des jarrets.

Aux membres supérieurs, les paumes des mains sont intactes ; au dos, la peau n'est pas prise dans sa totalité, mais on trouve de nombreux nodules centrés par un orifice glandulaire sébacé ou sudoripare, entouré d'un large cercle d'injection vasculaire. Les ongles sont brillants, très usés, avec une concavité à leur bord libre. Le pouce du côté gauche présente une malformation : il est double sur un métacarpien unique ; les deux doigts sont unis par la peau et ne gênent en rien les mouvements. Aux bras, la peau est épaissie, infiltrée, squameuse par places, rouge et suintante en d'autres. Aux aisselles, les poils sont en grande partie tombés ; on y trouve des ganglions très volumineux, surtout à droite ; ceux du cou sont moins tuméfiés.

Sur le tronc, la peau est d'un aspect rougeâtre généralisé, avec des points moins atteints tels que la périphérie de l'aréole mamelonnaire en particulier.

Au dos, il y a à la partie supérieure plus d'intervalles de peau saine, tandis qu'à la partie inférieure la peau est très rouge et très tendue. On trouve partout une lésion particulière des orifices sudoripares, comme on l'a vu aux bras ; ils y sont élargis, entourés d'un cercle d'injection, et présentent parfois l'aspect d'une cocarde, l'auréole rouge étant cerclée de blanc.

Aux membres inférieurs, la plante des pieds et les orteils dans leur totalité ne sont pas touchés. De chaque côté, aux jambes, on trouve quelques points où la peau est plus malade. C'est ici que les lésions atteignent leur maximum d'intensité ; la jambe gauche en particulier semble atteinte d'une poussée aiguë. L'éruption des cuisses a plutôt l'aspect de celle des membres supérieurs : la peau y est tendue et infiltrée avec des nodules plus indurés.

A la face postérieure, même aspect avec desquamation plus prononcée, surtout au niveau du jarret où la peau très rouge est craquelée. A la fesse droite, l'éruption est lichénoïde, brillante comme à la nuque.

A la partie postéro-supérieure de la cuisse droite, nous trouvons une petite tumeur, grosse comme un gros pois, largement implantée, rosée, dont le début remonte à six ou sept ans ; elle aurait succédé à un petit bouton que le malade aurait excorié.

Au niveau du pubis, les poils sont très diminués de nombre, secs et adhérents.

Le fourreau de la verge est lui aussi épaissi et la peau y est à peine rose. Le scrotum au contraire est très rose et couvert de squames.

Au niveau des aines, les ganglions font une saillie appréciable à l'œil nu.

Ni la rate, ni le foie ne sont volumineux.

Outre des démangeaisons intolérables, le malade a une exagération énorme de la fonction sudoripare. En quelques minutes, il trempe une chemise ; la sueur tache le linge. Sitôt découvert, le malade grelotte, se plaint d'une sensation intense de froid. Ces sueurs n'ont pas cédé à l'administration d'atropine non plus qu'à celle d'agaric blanc.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Dans la bouche, la langue présente des sillons nombreux, peu profonds, et, entre ces sillons, la muqueuse est épaissie et d'un blanc nacré ; la muqueuse labiale présente à la commissure des ulcérations rougeâtres, irrégulières, séparées par des points blanchâtres.

Sur la face interne de la joue, mêmes plaques d'un blanc nacré et mêmes exulcérations rougeâtres. Le voile du palais présente aussi les mêmes lésions. On ne trouve rien sur les amygdales, mais, sur la paroi postérieure du pharynx, on aperçoit de nouveau les mêmes plaques nacrées. Le malade fait observer que ces plaques sont apparues depuis que l'éruption est dans son plein, c'est-à-dire depuis un an ; il fait remonter le début de sa maladie à deux années.

Une biopsie a été pratiquée et étudiée dans notre laboratoire par M. LAFFITE, qui nous a remis à ce sujet la note suivante :

Examen d'un fragment de la peau du dos, fait le 25 février 1897, après inclusion dans la paraffine et coloration par la thionine.

Aucune lésion appréciable des *cellules de l'épiderme ni des glandes*. Les lésions occupent exclusivement les papilles et la couche immédiatement sous-papillaire.

La plupart des papilles sont infiltrées de cellules embryonnaires bien colorées ; dans ces papilles, les capillaires sont çà et là nettement dilatés.

Dans la couche sous-papillaire, infiltration diffuse des mêmes cellules embryonnaires.

Aucune apparence de cellules géantes.

Aucune apparence d'un réseau lymphatique.

Le tissu conjonctif du derme est normal dans les parties sous-jacentes.

Examen du sang, fait le 9 juin 1897.

Globules rouges..... 4.680.000

Globules blancs..... 12.500

Ces chiffres n'expriment rien d'anormal.

Ces lésions sont celles d'une dermite chronique ; elles n'auraient pu conduire au diagnostic.

Par l'ensemble de ses caractères, ce fait rentre dans les cas typiques de l'érythrodermie pré-mycosique telle qu'elle a été décrite par l'un de nous et M. Besnier au Congrès de Vienne,

Ce sont les mêmes lésions, par places lichénoïdes, par places eczématiformes, la même altération et la même raréfaction des cheveux et des poils, les mêmes adénopathies, généralisées à toutes les régions accessibles à la palpation, le même prurit féroce sans trace de prurigo amenant l'usure du bord libre des ongles, le même amaigrissement.

Nous noterons, comme particulièrement intenses, fréquentes et pénibles, les poussées sudorales signalées déjà par M. Besnier et l'un de nous dans une observation.

Conformément à la règle établie par l'un de nous, le prurit, si intense, ne donne lieu nulle part à du prurigo ; la peau mycosique ne réagit pas à cet égard comme la peau normale.

Nous signalerons encore la néoplasie næviforme de la cuisse, rappelant celles que, dans plusieurs cas, l'un de nous a considérées comme l'accident primitif probable de la maladie.

Comme fait exceptionnel et non encore signalé à notre connaissance, nous indiquerons, chez ce malade, les dilatations, dans le dos et aux membres supérieurs, des orifices sudoripares et la présence, à leur périphérie, d'une zone d'injection donnant lieu à de très nombreuses taches punctiformes dont la rougeur plus sombre tranche sur les parties voisines ; parfois cette aréole rouge est entourée d'un cercle plus pâle et prend ainsi l'aspect d'une très petite cocarde.

Les lésions buccales et pharyngées n'avaient pas non plus, à notre connaissance, été encore observées dans ces érythrodermies, tout au moins avec ces caractères : nous ne trouvons en effet à ce sujet dans la littérature médicale qu'un fait de Vidal dans lequel il existait sur le bord des lèvres de petites ulcérations superficielles blanchâtres, et une observation, rapportée par M. Besnier et l'un de nous, dans laquelle on voyait, sur le dos de la langue, une dépression transversale entourée de saillies papuleuses légèrement indurées et plus sombres que les parties voisines ; nous avons constaté au contraire que, chez notre malade, non seulement le dos de la langue, mais aussi les faces internes des joues, le voile du palais et la paroi postérieure du pharynx sont le siège de plaques d'un blanc nacré avec ulcérations rougeâtres.

Nous ferons remarquer, en terminant, que le diagnostic de ces érythrodermies, naguère encore si discutées et inconnues, ne peut plus faire aujourd'hui l'objet d'un doute lorsque les symptômes observés chez notre malade se trouvent réunis.

M. DARIER. — L'affection présentée par M. Hallopeau peut être diagnostiquée cliniquement, elle peut l'être aussi par l'étude microscopique. La

rougeur, l'empâtement de la peau, le prurit sont les principaux caractères. Y a-t-il dans le fait présent des nids cellulaires dans l'épiderme tels qu'on en constate dans le mycosis. Quelle est la répartition des lésions dermiques ?

M. HALLOPEAU. — Il résulte de la note de M. Laffitte que les nids cellulaires intra-épidermiques n'existaient pas à l'époque où la biopsie a été pratiquée et que les lésions dermiques ne présentaient rien de caractéristique; mais cet examen remonte à plusieurs mois, alors que la maladie était moins avancée dans son évolution; de nouvelles recherches vont être pratiquées dans cette direction.

M. LEREDDE. — J'étudie en ce moment avec M. Weil les rapports du mycosis fongicide et de la lymphadénie, et j'arrive à cette conclusion que le mycosis est bien une forme particulière de la lymphadénie, ce que la présence du réticulum dans les lésions de la peau ne peut démontrer. Nous nous appuyons sur un fait de coexistence de mycosis et de leucémie dont l'observation clinique a été rapportée en 1896 par M. Danlos, et dont j'ai fait l'examen histologique et hématologique.

Dans un fait de mycosis rapporté par MM. Hallopeau et Weil, à l'autopsie il existait une tumeur rénale. La structure de cette tumeur est celle d'un lymphome.

Ulcères phéniqués des jambes.

Par M. DU CASTEL.

M^{me} X..., 48 ans, teinturière, souffrait depuis quelque temps de varices, quand, il y a trois ans, une plaque eczémateuse semble s'être montrée sur la jambe gauche. La malade appliqua sur les deux jambes des compresses imbibées d'une solution phéniquée, dont nous n'avons pu savoir exactement le titre. Dès le lendemain, les jambes étaient rouges et enflammées dans toute l'étendue des applications. Le pansement fut continué. Bientôt se montrèrent, d'abord à la partie antérieure de la jambe gauche, puis à la partie antérieure de la jambe droite, des érosions qui gagnèrent rapidement en étendue et en profondeur. Le pansement phéniqué fut continué quand même; il fut continué pendant trois ans, jusqu'au moment où la malade est entrée dans le service. Pendant tout ce temps, l'ulcère de l'une et l'autre jambe ne fit que s'étendre. Quand la malade se décida à entrer dans le service, il y a trois mois, les deux jambes, comme vous pouvez le voir par la limite des cicatrices, ne formaient pour ainsi dire plus qu'un vaste ulcère. Il y avait ressaut brusque à la limite de l'ulcère et de la peau saine. Celle-ci ne présentait pas de zone inflammatoire péri-ulcéreuse. L'extension des ulcérations paraissait s'être faite d'une façon insensible et progressive, sans production de poussées gangréneuses.

En présence de l'aspect insolite et de l'extension considérable des lésions, la pensée me vint que les applications d'acide phénique étaient la cause du mal. Je fis faire des applications de compresses imbibées d'eau bouillie simple ou additionnée d'une très petite quantité d'acide borique. A partir de ce jour, l'amélioration s'est produite, a marché rapidement, et vous pouvez voir qu'aujourd'hui la cicatrisation de ces immenses ulcères est à peu près terminée. Il ne peut y avoir, je crois, doute sur la nature médicamenteuse des lésions.

M. LEREDDE. — Je désire appuyer l'observation de M. du Castel. J'ai fréquemment remarqué dans les ulcères variqueux qui se présentent à la consultation de l'hôpital Saint-Louis des ulcérations annexes, à contours arrondis, à bords obliques, à fond granuleux et rosé. Elles ne se rencontrent *que chez des malades soumis à l'application de l'acide phénique, même à 2 p. 100*. Il suffit de modifier le pansement pour les voir guérir très vite. L'acide phénique doit être absolument proscrit de la thérapeutique des ulcères variqueux.

M. SABOURAUD. — Toute application antiseptique faite sur la peau produit une prolifération microbienne. Il en est ainsi dans ce qu'on appelle hydrargyrie et qui est une simple phlycténose microbienne de la peau.

M. BROCCQ. — Il en est ainsi dans l'impétigo, et cependant l'application de sulfate de cuivre y est utile.

M. SABOURAUD. — Il ne faut pas oublier que tout antiseptique peut être plus dangereux encore pour les cellules qui résistent à la prolifération microbienne que pour les microbes eux-mêmes.

M. DARIER. — Il est certain que les antiseptiques sont encore plus nocifs pour les cellules que pour les microbes.

Les pansements qui contiennent des substances kératolytiques, par exemple l'acide phénique, sont surtout dangereux. Mais les oxydants tels que l'acide picrique ou le permanganate de potasse ont également des inconvénients. J'ai employé avec le plus grand avantage une solution neutre de borax dans l'acide borique à froid (4 p. 100 de borax à froid dans l'eau boriquée). Cette solution n'est pas irritante.

M. BROCCQ. — J'emploie de même pour l'acné et l'impétigo du visage une solution de bicarbonate de soude dans l'eau boriquée.

M. LEREDDE. — Je pense qu'on ne peut émettre d'opinion générale sur l'inconvénient des antiseptiques dans les affections cutanées. Chacun a quelques indications et de très nombreuses contre-indications. C'est ainsi que l'acide picrique m'a donné de très bons résultats dans l'eczéma aigu, ainsi que je le fais connaître dans une note dont je donnerai lecture à la fin de la séance.

M. DARIER. — J'ai employé l'acide picrique dans le traitement de l'eczéma avec avantage, et malheureusement dans certains cas j'ai eu des poussées d'eczématisation qui ne me permettent pas de recommander son emploi.

Mal de Meleda.

Par M. EHLERS (de Copenhague).

Dans le dernier numéro de l'*Archiv für Dermatologie u. Syphilis*, 1895, le Dr Oscar Hovorka, gentilhomme de Zdenas, publia des notes sur un nouveau foyer de lèpre, qu'il croyait avoir trouvé en Dalmatie, dans l'île de Meleda. Mais la description qu'il donna de ses observations ne correspondait pas à nos idées sur la lèpre, et la rédaction de l'*Archiv* exprima des doutes sur la nature lépreuse de cette endémie.

Et ces doutes légitimes ont été entièrement confirmés à l'occasion d'un voyage que j'ai entrepris à ladite île, sur l'invitation et sous la conduite de mon aimable collègue.

Il ne s'agit pas là de la lèpre, mais bien d'une dermatose spécifique et très intéressante, qui semble endémique sur l'île de Meleda depuis au moins un siècle, puisqu'il existe déjà sur cette maladie un rapport détaillé, qui a été passé sous silence, fait par le Dr Stullis (de Ragusa) et présenté au directeur de l'*Anthologie* de Florence (29 septembre 1826).

Stullis a observé 11 malades.

Il y en a actuellement 7, dont j'ai pu examiner les 5 qui vivent dans les villages de Maranovici et Babinonolje.

Me trouvant sans instruments pour faire un diagnostic plus précis, je me vis forcé de me contenter de noter les symptômes les plus remarquables de cette dermatose.

I. — La peau de la plante des pieds et de la paume des mains est fortement épaissie et tyloïque, présentant une couleur de cire jaune (on dirait de l'adipocire). La paume des mains a l'air absolument cadavérique, et la couleur jaunâtre n'est interrompue que par les points noircis des orifices folliculaires et la nigro-kératose des plis naturels.

II. — Un deuxième symptôme important est l'épaississement ichtyosiforme de la peau avec exagération de tous les plis naturels, phénomène qui se manifeste surtout sur le dos du poignet; et sur cette peau ichtyosiforme on voit en grand nombre les orifices folliculaires, sous la forme de points noirs, manifestement agrandis et infiltrés de produits étrangers.

III. — L'affection a toujours des limites nettes, en lignes ondulées, géographiques, vis-à-vis de la peau saine.

Trois de mes malades avaient seulement les mains et les pieds attaqués, la maladie dépassant de quelques doigts de largeur le poignet ou de quelques largeurs de main les malléoles.

Un quatrième malade avait la même affection des genoux et des jambes.

Les photographies que j'ai l'honneur de montrer proviennent d'une sixième malade des environs de Zara (en Dalmatie). Je n'ai pas vu cette malade ; les photographies m'ont été remises par le Dr Ivanics, médecin-inspecteur général de la Dalmatie. La malade en question est d'une famille dont 3 ou 4 membres sont atteints de la même maladie.

Parmi mes malades se trouvent deux couples de frère et sœur. Tous ont raconté que leur maladie était héréditaire ou avait éclaté pendant la première enfance, mais je suis disposé à ne pas y croire, car tous les malades se croyaient atteints de *gouba* (lèpre) et se défendaient contre la crainte des voisins par cette argumentation fataliste de l'hérédité, qui vient toujours à propos pour calmer la crainte de la contagion.

IV. — La dermatose en question ne donne lieu à aucune desquamation, mais la couche superficielle de la peau reste toujours humide et grasse et se détache avec l'odeur désagréable de la macération épidermique.

L'état général reste bon ; les malades peuvent travailler et ne se plaignent que des lésions cutanées, des gerçures et crevasses tylo-tiques.

Il s'agit là certainement d'une maladie spécifique et bien caractéristique, qui présente à mes yeux la plus grande ressemblance avec la *psorospermosse folliculaire* de M. Darier. Mais je me borne à signaler à mon excellent ami et confrère l'existence probable en Dalmatie de petites endémies de cette dermatose rare, à laquelle je n'ai osé donner que le nom incontestable de *Mal de Meleda*.

M. DARIER. — Je ne crois pas à la nature psorospermique de cette affection. Une malade de ce genre déjà vue par M. Vidal a été présentée à la Société. Je crois à une maladie de famille, congénitale, à une kératose symétrique congénitale de l'ordre des *nævi*. L'existence d'une endémie dans cette île de Meleda me paraît improbable.

M. EHLERS. — J'aurais voulu pouvoir montrer les jambes des malades ; les lésions de la psorospermosse étaient très caractérisées.

Dyschromie cervicale anormale chez une syphilitique.

Par MM. FOURNIER et DOMINICI.

Femme de 54 ans.

Parents morts de causes inconnues.

14 frères ou sœurs dont six vivent encore et sont bien portants. Les autres sont morts, de 15 à 22 ans, d'affections ignorées de la malade.

Quant à elle, mère de quatre enfants, elle en a perdu deux en bas âge, l'un mort en naissant, l'autre à 8 mois, de la rougeole. Un troisième enfant a péri à 21 ans à la suite d'un accident.

Le quatrième est bien portant.

Avant l'affection actuelle, la malade a eu un eczéma, il y a cinq ans. Elle fut soignée par M. Vidal et guérit en deux mois sans avoir subi de traitement spécifique.

État actuel. — La malade présente des syphilides tuberculeuses groupées en vastes placards confluents au niveau de la jambe droite, isolés sur le reste du membre inférieur du même côté et sur la jambe gauche.

L'éruption syphilitique prédomine encore au niveau de la région sacrée où elle forme bouquet. Sur le reste du corps apparaissent quelques petits groupes d'éléments éruptifs distribués en coup de plomb.

Sur les fesses des taches blanches rappellent par leur aspect et leur topographie les cicatrices de Parrot.

Au cou et à la partie inférieure de la fesse existe une dyschromie caractérisée par une pigmentation jaunâtre réticulée.

Les travées formées par l'hyperchromie limitent des zones décolorées, assez nettement arrondies, ayant les dimensions d'une pièce de vingt centimes en moyenne.

Les deux yeux présentent des traces d'iritis ancienne.

Les manifestations syphilitiques actuelles datent de deux ans.

La date d'apparition des accidents primitifs ne peut être décelée.

Quant à la dyschromie, elle remonterait à 32 ans et serait le reliquat, au dire de la malade, d'un masque *pigmentaire intense* ayant accompagné une grossesse terminée par un accouchement normal à l'âge de 18 ans.

Il est impossible actuellement de classer ce trouble de pigmentation qui ne peut être rattaché d'une façon précise à une affection cutanée nettement déterminée, ni à une tare viscérale ou à une modification spéciale de la santé générale.

Notes sur un voyage de reconnaissance de la lèpre dans les Balkans.

Par M. EHLERS (de Copenhague).

La presqu'île des Balkans est réputée depuis longtemps comme un foyer de lèpre, mais on n'a jamais pu se rendre compte de la véritable extension de ce fléau, car les statistiques font absolument défaut, et il y a très peu de médecins, en dehors des médecins de Constantinople et de Bucharest, qui se soient intéressés à cette maladie, laquelle est, plus que toute autre maladie, terrible parmi les gens qui ne peuvent pas payer les soins du médecin.

La Roumanie est le seul pays des Balkans qui a fourni une statistique sur le nombre de ses lépreux ; nous avons entendu au Congrès de Paris en 1889, le rapport de notre éminent confrère le professeur Kalindero. Les autres pays ne nous ont jamais fourni des statistiques mais bien des preuves (sous forme d'observations de malades) de l'existence de la lèpre.

Tout le monde connaît les travaux glorieux de Zambaco-Pacha et du professeur von Düring.

A Athènes les D^{rs} Rosolimos et Savas nous ont signalé l'existence de la lèpre ; à Cétinje, en Montenegro, le D^r Millanitch démontrait la présence de la même maladie, et au Congrès de Vienne M. le professeur Neumann nous relatait la découverte d'une dizaine de lépreux en Bosnie et en Herzégovine.

Pendant les mois de mars, avril et mai, j'ai eu la bonne fortune d'entreprendre un long voyage sur la presqu'île des Balkans, et, ayant rencontré de la lèpre presque partout, je me permettrai de vous soumettre quelques notes de voyage qui ont un certain intérêt.

J'ai eu d'abord l'occasion de m'occuper de l'étude de la lèpre parmi les fuyards crétois au Pirée. La Crète est terriblement ravagée par cette maladie, qui y a fait des progrès incessants grâce aux désordres et révoltes presque continus et à la misère consécutive.

Tout le monde sait que la pauvre Grèce a reçu au Pirée et à Athènes, lors des derniers troubles, une immigration de 30,000 fuyards, pour la plupart des femmes, des enfants et des infirmes et malades.

Parmi ces derniers se trouvent un grand nombre de lépreux, invasion qui laissera certainement des traces, car le gouvernement grec n'a pu qu'isoler une trentaine (1) des plus dangereux à la petite

(1) Presque tous ces malades étaient du village de *Kerakleion*, qui comptait, m'a-t-on dit, 130 lépreux. Les malades que j'ai vus se répartissent ainsi :

	FORME TUBÉREUSE	FORME MIXTE	FORME ANESTHÉSIQUE
Hommes....	5		10
Femmes....	4	1	6

station de quarantaine du Pirée, tandis que la plupart des lépreux erraient en mendiant dans les rues du Pirée et d'Athènes.

Il est à craindre que les Grecs ne soient pas les seuls qui seront punis de leurs entreprises crétoises par cette forte invasion de lèpre; les soldats des six puissances pourraient très bien rapporter dans leur pays cette infection terrible, car il y a des lépreux et de grandes léproseries dans toutes les villes de la Crète, à la Canée, à Rethymno et à Candie.

Les lépreux crétois présentent les symptômes ordinaires de la lèpre des autres pays, mais l'évolution de la maladie est bien plus bénigne que dans les pays du Nord, différence qui est certainement due au climat. Cela me semble une règle générale pour la lèpre dans les Balkans; les névralgies violentes, dont se plaignaient sans cesse mes malades en Islande, sont très peu senties dans le Sud.

J'ai eu ensuite l'occasion d'étudier la lèpre sur la presqu'île de Pélion, la presqu'île qui ferme le golfe de Volo. Ce pays montagneux est un vrai paradis bien fertile et bien cultivé, mais la lèpre y existe toujours, malgré les excellentes conditions d'hygiène des habitants, ce qui ne nous étonne pas, quand nous apprenons qu'on garde les malades à leur domicile jusqu'à la mort.

Sous la conduite de mon confrère Saratsis (de Volo), un jeune médecin très distingué qui a fait ses études à Paris, j'ai parcouru la presqu'île et trouvé en tout 15 malades se répartissant ainsi :

VILLES DE	HOMMES			FEMMES		
	FORME TUBÉREUSE	FORME MIXTE	FORME ANESTHÉSIQUE	FORME TUBÉREUSE	FORME MIXTE	FORME ANESTHÉSIQUE
Machrinika..						1
Lafkos.....			1	1		2
Argalasti....	1	1	1	1		1
Miliès.....	1		1			
Tricheri.....						1
Lagora.....	1					
Volo.....			1			

L'un de nos malades du Pélion présentait le syndrome bien connu des panaris analgésiques (maladie de Morvan).

C'était un nommé Constantin E..., âgé de 50 ans, célibataire, habitant Volo, mais né à Angalasti (village où il y a des lépreux). Il a été aussi pendant quelque temps à Smyrne. Il n'y a pas de lépreux dans sa famille.

Il y a deux ans, se développa sur le cinquième doigt de la main droite un panaris, qui se termina par la chute de la phalange. Il y a un mois il s'est développé une lésion analogue au quatrième doigt de la même main, mais à la suite d'une brûlure.

Le malade présentait de l'anesthésie au toucher du petit pinceau dans le territoire du nerf cubital, sur les deux doigts de la main droite, en outre un gonflement du nerf cubital des deux côtés, surtout prononcé du côté droit. Le petit doigt de la main droite manquait de sa dernière phalange et était courbé en griffe. Le quatrième doigt était fortement œdématisé, enflammé et rouge (presque du gonflement éléphantiasique) avec un mal perforant fistulant sur la pulpe de la dernière phalange et un deuxième *mal perforant* sur la seconde phalange.

Une autre de nos malades au Pélion est remarquable parce qu'elle présentait ce que j'ai appelé le « sillon aïnhumoïde » autour d'un orteil.

C'était Uranie G..., âgée de 51 ans, divorcée d'un pêcheur, ayant toujours habité le village de *Trikeri*.

La lèpre semble avoir éclaté chez elle il y a dix-neuf ans, lors d'un accouchement; elle a été prise de frissons, de malaise général et a remarqué une éruption de taches rouges au visage. Il n'y a pas de lèpre dans la famille. Elle a 4 enfants vivants et bien portants, tandis que 5 sont morts dans la tendre enfance.

Le visage est maigre et fané avec paralysie du nerf facial gauche (datant de neuf ans), paralysie complète des paupières avec ectropion et fortes contractions fibrillaires.

Anesthésie des deux cornées. Vue affaiblie de l'œil gauche à cause d'une kératite parenchymateuse vascularisée du segment inférieur.

Anesthésie et analgésie des deux avant-bras jusqu'au milieu. De nombreuses cicatrices de brûlures et de lésions accidentelles. La sensation du toucher est très bien conservée.

Il y a huit ans, l'index gauche a été atteint d'un panaris, qui amena la chute des phalanges, et plus tard les autres doigts ont dû subir le même sort.

On sent un gonflement du nerf cubital droit.

L'orteil gauche présente un sillon semi-circulaire *aïnhumoïde* de très grande profondeur.

Les mains sont en griffes. Les trois doigts ulnaires seulement ont conservé toutes les phalanges; les autres doigts ont tous perdu la dernière phalange. On remarque en outre des épaissements sclérodermoïdaux de la pulpe des doigts et une atrophie musculaire avancée.

Les observations multipliées (parmi mes malades islandais j'en compte encore deux présentant des sillons aïnhumoïdes) de faits semblables contredisent formellement la doctrine de M. de Brun (de Beyrouth), « que la lèpre ne mutile jamais à la façon de l'aïnhum ». Vous connaissez tous le travail intéressant de Zambaco-Pacha, dans lequel il s'efforce avec tant de succès de faire disparaître le cadre nosologique de l'aïnhum, qui selon lui n'est autre chose que la lèpre.

Je suis heureux de pouvoir vous montrer un cas extrêmement intéressant de *lèpre aïnhumoi*de.

Il s'agit d'un jeune Arménien, vendeur de journaux sur le grand pont de Galata. Mon ami et savant collègue le professeur von Düring, à Constantinople, a eu la bonté de me faire voir ce malade, dont je vous montre deux photographies, une actuelle, l'autre datant de quatre ans, époque à laquelle le professeur von Düring l'a vu pour la première fois.

Voici l'observation telle que je l'ai recueillie :

Kar..., est âgé de 22 ans, est né à Erzeroum, a voyagé depuis l'âge de 7 ans, a vécu en Syrie en 1882, à Constantinople pendant les sept dernières années.

A l'âge de 2 ans il a été attaqué d'une maladie grave, fébrile ; les médecins désespéraient de le sauver, mais au bout de plusieurs années il est redevenu en état de santé apparente.

Le père est vivant et bien portant ; la mère est morte d'une maladie du cœur. Un frère est asthmatique. Une sœur est morte de variole dans l'enfance, une autre sœur est morte à 7 ans d'une affection de la gorge.

La mère avait de la contracture des petits doigts des deux mains.

Il croit lui-même que sa maladie est congénitale ; il croit qu'il est né avec les doigts courbés. Le professeur von Düring l'a vu, il y a quatre ans, époque à laquelle il avait encore tous ses doigts, tandis qu'il manque maintenant la dernière phalange des deux doigts ulnaires de la main droite.

Le visage ne présente rien d'anormal, la vue est bonne, la voix claire.

La sécrétion sudorale est abolie du côté gauche. Il est incapable de sentir des bains chauds à température élevée (bains turcs). Il y a de la thermanesthésie dans le territoire du nerf cubital gauche sur tout l'avant-bras, ainsi que sur la main gauche entière. La sensibilité est assez bien conservée quant aux autres qualités, mais on découvre dans la région sous-scapulaire droite une région de la peau où il y a en même temps de l'anesthésie thermique et de l'anesthésie pour le toucher. Toutes les impressions sont senties ici avec un certain retard. Il y a de l'analgésie dans le territoire du nerf cubital sur la main droite.

Anesthésie au pinceau des 10 doigts, surtout à la main gauche.

Quand il fait froid son bras gauche devient insensible. Il ne sent pas de douleur quand on pince son nerf cubital.

On observe un tremblement intense, quand il veut travailler avec le bras gauche, qui est presque sans force.

On sent distinctement des gonflements pisiformes ou perliformes dans le nerf cubital gauche.

Les pieds ne présentent rien de remarquable.

Il y a formation de griffes (type *Aran-Duchenne*) des deux mains, mais tous les doigts sont conservés à gauche.

Les muscles des éminences thénar et hypothénar sont complètement atrophiés.

La main droite se distingue par des sillons atnhumoides qui se trouvent juste au-dessous de la deuxième phalange de l'index. On sent la phalange se rapetissant vers les articulations.

Au-dessus du sillon la face palmaire présente un tissu sous-cutané myxœdématisé et de gonflement éléphantiasique. Sur la deuxième phalange du quatrième doigt il y a également un sillon dorsal qui n'est pourtant pas tout à fait circulaire. Il ne peut y avoir aucun doute sur la nature de ces lésions : c'est la lèpre ; nous avons fait tout notre possible pour vérifier le diagnostic par une biopsie du nerf cubital. L'Arménien avait consenti, avait déjà reçu une injection de cocaïne, quand il a préféré se dérober à ce petit traumatisme.

Il me reste encore à dire quelques mots sur la lèpre au Monténégro et en Bosnie-Herzégovine.

On est un peu étonné de trouver de très mauvaises conditions d'hygiène chez un peuple connu avec raison comme le plus beau, le plus fier en Europe, ayant les hommes les plus robustes, les plus grands et les plus forts. Et vraiment je ne comprends pas comment les hommes peuvent atteindre leur stature herculéenne, leur aspect brillant de santé, dans de pauvres maisonnettes sans cheminée, pleines de fumée et presque sans fenêtres, tandis que je comprends qu'on puisse contracter la lèpre au contact des malades dans des conditions pareilles. Mon excellent confrère le D^r Millanitch (de Cetinje) m'a montré trois lépreux dans son service ; il en connaissait une vingtaine et estimait à une centaine la totalité des lépreux au Monténégro, ce qui ferait, pour une population de 200,000 habitants, 1 pour 2,000.

La Bosnie et l'Herzégovine comptent une population de 1,500,000 habitants. Le D^r Glück de Sarajewo m'a montré dans son service à l'hôpital 17 lépreux, et il estimait leur nombre total à environ 200 ; mais, quand on pense que le département de Sarajewo compte à lui seul 60 lépreux, tout en étant un des plus fortunés du pays, on se sent porté à attribuer le grand nombre de lépreux découverts à Sarajewo au diagnostic soigné de M. Glück, qui est un des léprologistes les plus distingués, dont nous attendons avec anxiété les publications, et à croire qu'il y en a bien davantage dans les parties pauvres du pays. Je croirais plutôt qu'il y a, comme au Monténégro, 1 pour 2,000, soit 700 ou 800 lépreux en Bosnie et Herzégovine. Tout le Balkan est infecté.

Note sur le traitement externe de l'eczéma.

Par M. LEREDDE.

J'ai employé l'acide picrique dans le traitement de l'eczéma, lorsque j'avais l'honneur de remplacer M. le Dr Tenneson à l'hôpital Saint-Louis. J'ai obtenu de remarquables résultats dans l'eczéma aigu et tout ce qu'on appelle dermatite artificielle. L'œdème disparaît avec la plus grande rapidité. Il suffit, pour en juger, de traiter les lésions d'un côté du corps par l'acide picrique et celles de l'autre côté par quelque autre traitement que ce soit, lorsque l'eczéma est bilatéral. Les lésions épidermiques guérissent également très vite, il ne se produit aucune irritation.

L'application du traitement est des plus simples : on recouvre les régions eczématisées de compresses trempées dans une solution aqueuse picriquée à saturation, et on enveloppe le tout d'une toile imperméable. Le pansement est renouvelé tous les jours.

Dans l'eczéma chronique, l'acide picrique ne présente aucun avantage.

J'ai modifié de la manière suivante la méthode de traitement par le caoutchouc, telle que l'a réglée M. Tenneson. On applique après asepsie préalable le caoutchouc. Au bout de vingt-quatre heures on fait un premier badigeonnage de nitrate d'argent à $1/40$. Le caoutchouc est appliqué de nouveau après dessiccation. Au bout de vingt-quatre heures, nouveau badigeonnage à $1/30$, et ainsi de suite. On peut élever la dose jusqu'à $1/15$.

S'il se produit un peu de réaction inflammatoire, ce qui est rare, il suffit d'attendre quarante-huit heures pour faire un nouveau badigeonnage et de diminuer le titre de la solution.

En somme, la méthode consiste à appliquer le nitrate d'argent sur les surfaces *décapées, dénudées*. Elle m'a paru abrégée d'une manière remarquable la durée du traitement, et ne pas offrir de contre-indication.

Un cas de dermatite bulleuse congénitale.

Par M. V. AUGAGNEUR.

Claude B..., âgé de 64 ans, teinturier.

Rien de particulier dans les antécédents héréditaires. Le père et la mère du malade sont morts âgés et n'ont jamais eu, au dire, de celui-ci la

moindre trace d'affection cutanée. Il n'a ni frère ni sœur. Il est marié et père de deux enfants. Sa femme est morte il y a 6 ans d'une affection indéterminée. De ses deux enfants l'un est mort vraisemblablement de tuberculose, l'autre est vivant et bien portant. Ni les uns ni les autres n'ont présenté d'éruptions. Le malade entre dans le service pour des accidents inflammatoires survenus au membre inférieur droit depuis huit jours, à la suite d'une chute dans l'escalier. Le pied et la moitié inférieure de la jambe sont rouges et œdématisés on remarque en outre sur la jambe au-dessus du cou-de-pied quelques petites ulcérations très superficielles entourées d'une zone rouge et enflammée. Ces accidents ont presque totalement cédé en quarante-huit heures sous un pansement antiseptique.

Le malade présente en outre des lésions très remarquables. Aux membres inférieurs, sur la face antérieure des jambes et particulièrement au-devant des genoux, on voit de larges placards violacés au niveau desquels la peau est rugueuse, ridée et atrophiée, il en est de même aux deux coudes. De plus, en ce dernier point et d'une façon générale sur la plus grande partie du corps en particulier sur les bras, à la face postéro-interne des cuisses, sur le tronc, mais surtout sur les côtés de celui-ci, au niveau des points où les bras pressent contre le thorax, le tégument présente des éléments éruptifs d'aspects divers.

Ici ce sont de grosses croûtes sèches adhérentes et ne se laissant pas encore détacher ; là on peut les faire tomber avec l'ongle et l'on aperçoit au-dessous une petite surface rosée à bords régulièrement arrondis et recouverte de légères squames ; ailleurs enfin on aperçoit des bulles remplies d'un liquide un peu trouble et déterminant un prurit assez intense. Le malade les rompt, le liquide s'en écoule et il reste au-dessous une petite surface érodée, suintante, analogue à celles que l'on observe lorsque l'on a déchiré les bulles qui se forment à la suite d'un vésicatoire ou d'une brûlure.

Le malade explique que, dès qu'il reçoit sur une partie quelconque du tégument le moindre choc, immédiatement en ce point se forme une bulle qui crève bientôt, laissant après elle les diverses lésions décrites plus haut. Le malade exerçait la profession de garde champêtre et a été obligé de l'abandonner. Les bottes même ne suffisaient pas à protéger ses jambes contre les légers traumatismes qu'ils se faisait en traversant les haies. Lorsqu'avec un stylet on trace un trait sur la peau du malade, celui-ci ne tarde pas à se révéler par un prurit intense, puis par une ligne rouge au niveau de laquelle se forme bientôt un soulèvement bulleux.

Les ongles ont complètement disparu aux mains et aux pieds. Il ne reste plus à leur place que des surfaces unies, recouvertes çà et là de légères végétations cornées.

Jamais rien au visage ni dans le cuir chevelu.

Les lésions cutanées ne semblent pas suivre le trajet de distribution des filets nerveux, mais sont surtout localisées aux points du corps soumis à des pressions.

Pas de kystes épidermiques.

Bon état général.

6 juillet 1896. Le malade quitte le service, très amélioré par le repos. On ne voit plus actuellement aucune bulle en voie d'évolution. Le prurit est également bien moindre. Par contre, le malade porte en différents points du corps, particulièrement à la face antérieure des jambes et aux bras du côté de l'extension, de larges plaques violacées, craquelées, au niveau desquelles la peau est fine, mince et comme atrophiée, faisant de nombreux plis sur les tissus sous-jacents.

Le malade rentre dans le service, le 10 décembre 1896. A sa sortie il ne présentait plus que quelques éléments éruptifs localisés à la jambe gauche, très discrets; quelques rares placards existaient encore aux membres supérieurs, mais n'étaient le siège d'aucune sensation de prurit.

Pendant 2 mois, que le malade passa à la campagne en exécutant quelques travaux sans importance, ne nécessitant aucune fatigue et n'entraînant aucun traumatisme, aucune éruption n'apparut de nouveau; les éléments qui existaient à la jambe droite seuls persistèrent.

Au mois d'octobre, sans cause appréciable, sans symptômes généraux, apparut une éruption qui siégeait sur le corps tout entier. Comme précédemment, le moindre choc fit naître sur toute la surface tégumentaire des bulles semblables à celles décrites précédemment, et qui évoluaient comme elles, c'est-à-dire en laissant, après leur ouverture, place à une exulcération superficielle. L'éruption nouvelle a commencé par les membres inférieurs, ayant envahi la jambe droite, puis les cuisses; bientôt elle atteignit la racine des membres inférieurs, l'abdomen, le thorax, le dos, enfin les membres supérieurs. Partout où siégeaient les éléments éruptifs se montrait une sensation de prurit violent, exaspérant le malade, empêchant souvent le sommeil, amenant par le grattage un saignement épidermique souvent intense.

Toutes ces plaques n'eurent pas une destinée identique: certaines d'entre elles se recouvrirent de croûtelles superficielles, d'autres s'ulcérèrent profondément jusqu'à mettre le derme complètement à nu. Le malade n'a fait aucun traitement actif; il a seulement appliqué localement des poudres inertes, et ce sont l'intensité actuelle de l'éruption et les sensations prurigineuses intolérables qu'elle détermine qui le conduisent à demander sa nouvelle admission à l'hôpital.

Actuellement, le malade se présente porteur d'une éruption généralisée à la surface cutanée presque tout entière, ayant seulement épargné la face et le cuir chevelu. A part ces deux régions, toute la peau est envahie, mais cependant entre ces placards persistent de larges flots de peau saine. Les membres inférieurs sont plus gravement atteints et les éléments éruptifs y sont étendus en surface et en profondeur.

La caractéristique de l'éruption est le polymorphisme des lésions évoluées, quoique la lésion élémentaire, constante, fondamentale, soit une *bulle* vraie. En tous les points du corps, en effet, sauf les surfaces précitées, se voient, de place en place, des placards de forme à peu près circulaire, comme surélevés, avec un cratère peu profond, central, et tout autour une légère rougeur violacée des téguments qui sont légèrement saillants. Le fond de l'exulcération est rougeâtre aussi, plus franchement coloré que sa bordure épidermique. Aux mains, les lésions bulleuses sont en

voie de réparation ; elles sont d'une étendue plus grande que dans le reste du membre supérieur ; l'épiderme y est foliacé, soulevé, la peau sous-jacente est vivement colorée, presque vernissée. Aux membres inférieurs ces mêmes bulles sont très étendues aussi. Aux extrémités métatarsiennes, elles sont privées de leur couche épidermique. Aux jambes, à la face antérieure des tibias, elles sont de même très nettement caractérisées par de grandes ulcérations.

A côté de cette lésion essentielle, s'en rencontrent d'autres moins caractéristiques : des *macules* qui sont fort abondantes aux membres inférieurs, des *surfaces croûteuses*, au niveau desquelles la peau est froncée et ridée. Il existe encore des *plaques rosées* où une desquamation furfuracée est semée sur le fond épidermique. Aux jambes, à droite et à gauche, le processus a été plus actif, il existe là de véritables ulcères fortement creusés, à bords soulevés, à fond bourgeonnant, laissant sourdre du sang en grande abondance.

La peau de l'abdomen est fortement pigmentée et çà et là sont certaines plaques assez franchement décolorées. Au cou, sur les faces latérales, surtout à gauche, les placards bulleux qui, comme ailleurs, sont humides, laissent suinter une sérosité claire, de coloration jaunâtre, se collectant en une tache circulaire, brillante, analogue à de grosses gouttes de rosée.

Subjectivement, les sensations sont les mêmes : le malade ressent toujours une sensation de piqure, de brûlure intense ; lorsque le grattage est un peu énergique, une heure après survient une bulle qui bientôt se rompt. Pendant l'examen auquel il est soumis, le malade gratte avec vigueur la surface du tronc. L'insomnie subsiste. Il supporte difficilement le contact des draps.

Il se plaint d'une soif intense. L'appétit est normal.

Pas de modification de l'état général.

A noter que le malade présente à la main droite une rétraction marquée des trois derniers doigts : cette déformation est due à une brûlure profonde subie antérieurement.

20 février 1897. Sous l'influence de pansements pulvérulents aseptiques, les lésions ont disparu peu à peu et le malade sort guéri. Les bulles depuis vingt jours ne s'étaient plus produites que rarement et se cicatrisaient vite. Les bulles spontanées avaient disparu, seules les bulles traumatiques se montraient encore quelquefois.

L'étude de ce cas comporte certaines réflexions. Il est évident que cet homme était atteint de cette lésion bulleuse qui n'est ni le pemphigus, en raison de sa bénignité quant à l'état général et de sa persistance indéfinie, ni d'un pemphigoïde comme la maladie de Dühring, en raison de l'absence de polymorphisme des lésions initiales et du début constant par une bulle pure. D'autre part, la production régulière des éléments éruptifs sous l'influence du traumatisme, au moins pendant les premières périodes de la maladie, suffit à séparer la forme clinique dont je rapporte un spécimen, du

pemphigus chronique et de la dermatite bulleuse herpétiforme.

Les grands traits de cette affection se résument ainsi :

Production de bulles à l'occasion de traumatismes insignifiants, bulles se produisant accompagnées de cuisson, susceptibles, par le grattage, par les troubles mécaniques et les infections qui en résultent, de s'infecter et de devenir ulcéreuses.

A la suite des poussées répétées, du côté de l'extension principalement, la surface cutanée est transformée en une surface cicatricielle semblable à celle qui succède aux brûlures superficielles.

L'affection paraît être congénitale, ou contemporaine tout au moins des premières années de l'existence.

En vieillissant elle peut revêtir une certaine malignité, en ce sens que les bulles, qui au début sont d'origine traumatique, se développent spontanément. La bulle alors est précédée pendant plusieurs heures d'une cuisson très vive. Il y aurait cependant à étudier quelle est l'influence du grattage dans cette apparence de spontanéité.

Les ongles des orteils et des doigts disparaissent par un processus simple : la répétition des poussées bulleuses au niveau du lit et de la matrice des ongles. Les ongles tombent ainsi isolément, suivant l'intensité des poussées sur tel ou tel doigt.

L'état général n'est atteint que dans la mesure où le prurit empêche le sommeil et exaspère la sensibilité, ou quand des complications septiques, banales de pyodermites, produisent un certain degré d'infection.

Des observations analogues ont été publiées en assez grand nombre. Sans avoir la prétention de toutes les connaître, j'ai lu attentivement celles de Hebra, Valentin, Goldscheider, Köbner, Leube, Blumer et celles aussi que M. Hallopeau nous a présentées.

Il faut, je crois, ne pas multiplier les espèces. Beaucoup de ces observations ne sont pas exactement superposables ; mais les différences qui les séparent ne suffisent pas pour en faire des maladies différentes.

Ce qui est constant c'est la production des bulles par des traumatismes insignifiants et l'intégrité de la santé générale.

Comme phénomènes inconstants, on peut noter : l'hérédité, la production spontanée des bulles dans quelques cas, la disparition parfois définitive de la maladie, enfin la formation de kystes épidermiques, signalée par M. Hallopeau, simple phénomène anormal de l'évolution des éléments éruptifs.

M. HALLOPEAU. — Le fait très intéressant que vient de faire connaître M. Augagneur se rapproche beaucoup des deux cas que nous avons publiés en 1890 et en 1892 sous le nom de *dermatite bulleuse congénitale* ; comme dans ces derniers, en effet, les bulles y entraînent la production d'ulcéra-

tions et ultérieurement de cicatrices, et les ongles sont profondément altérés dans leur nutrition. Si on les compare à l'épidermolyse bulleuse héréditaire de Köbner, il faut reconnaître qu'ils en diffèrent à beaucoup d'égards. Nous rappellerons en effet que, dans nos faits, non seulement il y a cette formation singulière de kystes épidermiques après la régression de chaque bulle, mais aussi que les éléments éruptifs peuvent s'y développer sans traumatisme appréciable, et que, chez l'un de nos malades, ils se localisaient suivant des sphères de distribution nerveuse.

Dans la maladie de Valentin-Köbner, au contraire, les bulles se développent exclusivement sous l'influence de traumatismes; elles ne revêtent pas de caractère inflammatoire; elles ne se localisent pas suivant les distributions nerveuses; elles ne s'accompagnent pas de chute des ongles; elles ne laissent pas à leur suite de cicatrices déprimées ou saillantes, non plus que de kystes épidermiques. Cet ensemble de caractères différentiels nous conduit à admettre des espèces distinctes, malgré les caractères communs qui consistent en l'hérédité et l'apparition habituelle des bulles sous l'influence de traumatismes.

Le Secrétaire,

LEREDDE.

SÉANCE DU 8 JUILLET 1897

Présidence de M. Ernest Besnier.

SOMMAIRE. — Ouvrages offerts à la Société. — A propos du procès-verbal : Note sur l'inoculation en France des cultures du clou d'Alep, par M. MOTY. — Examen histologique d'un cas de mycosis fongoïde, par M. LAFFITE. — La lèpre en Algérie et particulièrement à Alger, par MM. GÉMY et RAYNAUD (d'Alger). — Nævus vasculaire plan traité par l'électrolyse négative, par M. BROcq. (Discussion : M. BARTHÉLEMY.) — Urticaire chronique à répétition, par MM. BALZER et GRIFFON. — Érythrodermie exfoliante au cours du traitement du psoriasis par l'acide cacodylique, par MM. BALZER et GRIFFON. (Discussion : M. DANLOS.) — Rétraction des paupières et de la lèvre supérieure de nature indéterminée, par M. DU CASTEL. — Hérédo-syphilis et cartilages de conjugaison, par MM. SPRINGER et SERBANESCO. (Discussion : MM. DARIER, FOURNIER.) — Un cas de quatre chancres indurés de la face, par M. LESNÉ. (Discussion : MM. BESNIER, MAURIAC, FOURNIER, JULIEN.) — Ulcération phagédénique avec éléphantiasis du pied, chez une tuberculeuse. Amélioration rapide par le calomel en injection intramusculaire fessière, par MM. GASTOU et DOMINICI. (Discussion : M. FOURNIER.) — Sur un cas de mycosis fongoïde d'emblée avec lésions aiguës multiformes. Vérification histologique, par MM. BESNIER et HALLOPEAU. — Sur une forme papulo-érythémateuse de tuberculides, par MM. HALLOPEAU et LAFFITE. — Pyodermite eczématiforme, par M. GASTOU. — Hérédo-syphilis et para-hérédo-syphilis directe. Tares du système nerveux. Cas de tabes dans la jeunesse, par M. BARTHÉLEMY. — Trois cas de paralysie générale progressive chez l'enfant, par M. HAUSHALTER. — Des exceptions aux lois qui régissent les intolérances médicamenteuses et les éruptions pathogénétiques, par M. MOREL-LAVALLÉE. — Sur un cas de lèpre ; étude histologique des lépromes, par M. AUDRY. — Syphilis héréditaire. Gommès des côtes. Cachexie, par M. LEGRAIN. — Observation de nævus de la main gauche avec troubles trophoneurotiques, par M. J. BRAULT. — Récidive et complications tardives de l'ulcère de Madagascar, par MM. LEGRAND et FRADET. — Note sur certaines lésions cutanées mycosiques observées dans les pays chauds, par M. LEGRAND.

Ouvrages offerts à la Société.

EUDLITZ. — Le chancre simple de la région céphalique. *Archives générales de médecine*, avril 1897.

COLOMBINI et SIMONELLI. — Dell' azione dell' ioduro di potassio su gli elementi del sangue normale. Extr. : *Giornale ital. d. mal. ven. e d. pelle*, 1897.

COLOMBINI et A. GERULLI. — Dell'azione dell'ioduro di potassio sul sangue dei sifilitici. Extr. *Giornale ital. d. mal. ven. e d. pelle*, 1897.

COLOMBINI et SIMONELLI. — L'ioduro di sodio puro sostituire l'ioduro di potassio nella cura delle sifilide. Extr.: *Giornale ital. d. mal. ven. e d. pelle*, 1897.

COLOMBINI. — Sulla patogenesi del bubone venereo. Extr.: *Atti della R. Accad. dei Fisiocritici di Siena*, 1897.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

Note sur l'inoculation en France des cultures du clou d'Alep.

Par M. MOTY.

Deux inoculations faites avec les cultures sur gélose obtenues par MM. Brocq et Veillon sont restées sans résultat.

L'opération a été faite le 20 mai par M. le Dr Veillon, sur le bras gauche d'un membre de la Société, au voisinage des cicatrices vaccinales ; deux pochettes épidermiques ont été pratiquées sur la peau préalablement aseptisée et desséchée ; une quantité visible de culture a été insérée dans chacune d'elles et le tout a été recouvert d'une lame de ouate fixée au collodion par ses bords.

La réaction a été marquée seulement par l'irritation due au collodion ; les piqûres elles-mêmes ne laissaient plus aucune trace quand la lame de ouate fut décollée le 28 mai ; et comme depuis lors rien n'est survenu dans la région inoculée, on peut, aujourd'hui 7 juillet, considérer l'expérience comme terminée.

Je pense qu'il ne faut pas conclure de ce résultat négatif à la non-spécificité des cultures, car j'ai constamment échoué en France dans les tentatives d'inoculations directes du clou de Biskra, inoculations qui réussissent au contraire d'une manière à peu près constante à Biskra même. Tout ce que l'on peut dire, c'est que la tentative faite à Paris pour démontrer la spécificité des cultures de bouton d'Alep femelle par inoculation sur l'homme a échoué.

Examen histologique d'un cas de mycosis fongofide.

Par M. LAFFITE.

J'ai pratiqué, le 15 juin dernier, une biopsie chez le malade présenté par M. Hallopeau comme étant atteint de mycosis ; elle a été faite dans la région dorsale, en un point où les lésions de la peau ont paru le plus

prononcées. Le fragment a été fixé par le sublimé acétique et monté dans la paraffine. Les coupes ont été colorées par la thionine phéniquée et par l'hématéine-éosine.

Les cellules du corps muqueux de Malpighi sont intactes, excepté en quelques endroits où elles sont plus claires et prennent l'aspect vésiculeux.

Au centre de beaucoup de papilles on voit un capillaire plein de sang et dilaté.

Les lésions les plus importantes siègent dans la couche dermique sous-papillaire. On trouve en ce point une infiltration abondante de cellules embryonnaires, non pas diffuses, mais formant des amas nombreux.

Tous ces amas ou flots présentent à leur centre un ou plusieurs capillaires sanguins dilatés. On voit sur certaines coupes que ces amas embryonnaires sont traversés en tous sens par un fin réseau conjonctif. Ce tissu réticulé contient de 1 à 3 cellules dans chaque maille.

Parmi les cellules embryonnaires, on ne distingue pas nettement les plasmazellen, de Unna; mais il y a de nombreuses matzellen, cellules riches en granulations chromogènes.

Pas de lésions manifestes des parties profondes du derme, ni des glandes. On ne voit point d'éosinophiles dans la lumière des vaisseaux.

La lèpre en Algérie et particulièrement à Alger.

Par MM. GÂMY et RAYNAUD (d'Alger).

Nous avons l'honneur d'adresser à la Société de dermatologie quelques photographies de lépreux habitant Alger.

L'une d'elles représente un Kabyle atteint de lèpre trophoneurotique qui a été le sujet d'une communication à la séance annuelle de la Société, tenue à Lyon en août 1894; une autre, un Maltais qui a vu sa lèpre tuberculeuse apparaître sept ans après son arrivée à Alger; les quatre dernières concernent des lépreux espagnols originaires de villages des provinces de Valence et d'Alicante.

La lèpre existe donc en Algérie, assez rare parmi les indigènes musulmans et israélites, puisque nous n'avons pu en réunir qu'une dizaine de cas authentiques, bactériologiquement démontrés, assez fréquente au contraire à Alger parmi les membres de l'immigration espagnole. Nous avons pu, en effet, prendre depuis 1888 vingt observations complètes de lépreux ayant cette origine. Il est certain qu'il en existe à Alger un nombre au moins égal que nous ne connaissons pas, qui nous ont été signalés par des confrères, mais que nous n'avons pas vus.

Il se forme donc à Alger, et probablement à Oran et dans quelques autres ports de l'Algérie où se fait cette immigration, un foyer lépreux qui peut de venir important.

Dans un mémoire copieusement documenté qui sera lu par l'un de nous à la Conférence de léprologie qui doit se tenir à Berlin en octobre, nous proposons quelques mesures prophylactiques que nous croyons efficaces et très faciles à appliquer, précisément en raison de l'origine de ces lépreux et de leur mode d'immigration qui ne peut se faire que par la voie maritime.

Cette note a pour objet de prendre date en précisant et l'existence de la lèpre à Alger et le but prophylactique qui fait le sujet du travail annoncé.

Nævus vasculaire plan traité par l'électrolyse négative.

Par M. L. BROcq.

Nous avons l'honneur de vous présenter un malade qui n'offre pas par lui-même un bien grand intérêt, mais qu'il nous a paru néanmoins utile de vous montrer à cause de la méthode thérapeutique que nous avons employée chez lui.

Il est atteint d'un petit nævus vasculaire de la tempe droite pour lequel il est venu réclamer nos soins à l'hôpital Pascal, à la fin de mars 1897.

Nous l'avons fait mouler, pour avoir un point de comparaison, par notre habile artiste M. Jumelin, et nous l'avons traité par l'électrolyse négative : nous lui avons déjà fait dix séances.

Vous savez que la plupart des auteurs emploient le pôle positif, qui a des propriétés essentiellement coagulantes, pour faire disparaître les nævi vasculaires. C'est évidemment à ce procédé qu'il faut avoir recours quand le nævus est volumineux et profond, dans tous les cas de tumeurs érectiles. Mais il nous a paru que lorsqu'il s'agit de nævi vasculaires absolument plans, constitués par de simples télangiectasies capillaires, la destruction des vaisseaux par l'aiguille électrolytique négative devait donner des résultats aussi bons, peut-être même supérieurs comme rapidité à ce que l'on obtient avec le pôle positif. C'est en effet cette méthode, préconisée déjà en 1885 par M. le Dr Hardaway, que nous employons depuis plusieurs années dans notre clientèle, et c'est pour vous en démontrer toute l'efficacité que nous avons fait venir aujourd'hui ce malade.

Pour que la démonstration fût encore plus complète, nous n'avons fait que la première séance, pour bien indiquer à nos élèves le mode opératoire qui est des plus simples. Les séances suivantes ont été faites tantôt par notre interne M. Estrabaut, tantôt par deux externes du service. Ceci vous prouve la simplicité et la facilité de l'opération.

Le traitement n'est pas encore totalement terminé; mais comme la Société va entrer en vacances, nous avons dû présenter quand même le malade, n'étant pas sûrs de le retrouver en novembre.

D'ailleurs il n'y a plus, comme vous pouvez vous en convaincre, que bien peu de chose à faire pour que tout vestige de la lésion ait disparu. Il ne reste plus çà et là disséminés que quelques petits points rouges. Quant aux traces de l'opération, on peut dire qu'elles sont pour ainsi dire nulles; c'est à peine si en quelques points, en tendant la peau, on voit quelques punctuations blanches consécutives à des piqûres électrolytiques un peu trop fortes; les téguments sont lisses, souples, et ont à peu près la coloration de la peau normale.

On a employé les fines aiguilles en platine iridié dont nous nous servons pour la destruction des poils; on les a reliées au pôle négatif d'une pile à courants continus et on a utilisé des courants de 2 à 3 milliampères d'intensité que l'on a fait passer chaque fois pendant 8 à 12 secondes. Toute la surface malade a été ainsi tatouée d'une grande quantité de piqûres, en ayant bien soin de ne pas agir dans une même séance sur deux points assez voisins pour que les cercles de destruction devinssent tangents.

D'après notre expérience personnelle, nous serions donc tenté de préconiser l'électrolyse positive pour les nævovasculaires turgescents, pour les tumeurs érectiles, et l'électrolyse négative pour les nævovasculaires plans, tout en reconnaissant qu'on peut aussi utiliser pour ces derniers l'électrolyse positive, ainsi que l'ont démontré beaucoup d'auteurs et en particulier M. Redard.

M. BARTHÉLEMY. — Quand le nævus est plat et simplement vasculaire, et qu'il ne siège pas à la face, généralement le dermatologiste ne s'en occupe pas; mais s'il est tubéreux, s'il siège au visage, y amenant une difformité, ou bien s'il siège dans des régions peu accessibles à l'intervention chirurgicale, le chirurgien est consulté. C'est ainsi que j'ai vu chez Oudin et chez Apostoli traiter des nævi et notamment chez ce dernier un nævus de la lèvre et de la langue et un nævus du corps caverneux, envoyé par le professeur Berger. Or, ce traitement a donné des résultats très favorables. Il était fait simultanément par les deux pôles représentés chacun par trois aiguilles; or le pôle positif était mis tantôt d'un côté, tantôt de l'autre et inversement, tant le nævus était étendu. Il est bien entendu que la guérison s'obtient même dans les points qui ne sont pas touchés directement par les aiguilles. Quoi qu'il en soit, le nævus du corps caverneux a guéri en onze séances, de 5 à 8 minutes chacune, de 10, 12 et 15 milliampères; l'escarre étant toujours coagulante, adhésive aux aiguilles positives. Le nævus de la langue et des lèvres était traité sous le chloroforme, chez un enfant de deux ans; il fallait éviter l'action électrique sur le système nerveux. Les pôles étant intervertis pour modifier la réductibilité de l'escarre, les séances furent

de six minutes ; on put faire tolérer sans aucun inconvénient et profiter des résultats favorables donnés par 15 et 20 milliampères ; et le fait est qu'au bout de six séances l'amélioration est considérable. Ces observations seront ultérieurement publiées en détail.

Urticaire chronique à répétition.

Par MM. BALZER et GRIFFON.

M..., âgé de 66 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, le 6 mai 1897, salle Hillairet, n° 24. Il raconte que sa maladie a débuté il y a huit mois, à la suite de chagrins ; l'éruption s'est montrée pour la première fois aux coudes et aux épaules. Il entra dans plusieurs services de l'hôpital Saint-Louis ; plusieurs diagnostics furent portés sur son éruption qui offrait déjà un aspect embarrassant, notamment ceux de lichen et d'urticaire chronique.

Actuellement il présente une éruption qui est localisée à la région sacro-lombaire, à la face externe des cuisses, aux jambes, au creux poplité, aux bras et aux épaules ; l'abdomen, la poitrine, la face restent indemnes. Les éléments de cette éruption sont : 1° des petites papules miliaires, rouges ou rosées, le plus souvent très dures, isolées ou réunies en amas de quatre ou cinq au plus, la plupart de ces papules sont saillantes et superficielles ; quelques-unes semblent s'enfoncer plus profondément dans la peau, être même sous-dermiques ; 2° des papules plus volumineuses, quelquefois très légèrement excoriées à leur sommet par le grattage, d'une coloration rouge ou rouge pâle ; ces papules sont isolées et cohérentes, formant par confluence des placards irréguliers, dans lesquels on peut parfois reconnaître les papules qui les ont formés. Ces placards sont assez larges, notamment au creux poplité. Souvent ils ont un développement excentrique ; le centre reprend l'apparence normale de la peau, tandis que la périphérie reste rouge et saillante. L'éruption est un peu plus pâle aux épaules et aux membres supérieurs, qu'au siège et aux membres inférieurs.

Le malade se plaint d'un prurit intense qui est pénible surtout pendant la nuit ; il présente un état de moiteur habituel de la peau. C'est un homme maigre et affaibli, qui tousse depuis longtemps. L'appétit est conservé et les fonctions digestives s'accomplissent régulièrement. Urines normales.

Le diagnostic porté d'abord dans le service fut celui d'urticaire chronique. Mais plusieurs de nos collègues furent d'avis qu'il s'agissait peut-être d'une éruption causée par les toxines de la tuberculose, à laquelle faisaient penser l'amaigrissement du malade, ses sueurs, sa toux et son expectoration purulente. Le diagnostic de tuberculide fut même proposé et nous devons avouer qu'en présence de cette éruption d'un aspect polymorphe nous avons été ébranlés pendant quelque temps au sujet du diagnostic d'urticaire chronique. C'est ce doute qui nous avait amenés à faire exécuter le moulage du malade par M. Baretta.

Dans les jours qui suivirent l'entrée du malade, une poussée éruptive se produisit aux jambes. Les éléments éruptifs saillants et papuleux étaient **colorés par un exsudat hémorrhagique** qui leur donnait l'apparence des éléments du purpura urticans. En d'autres points, au contraire, l'éruption entre en régression.

Des poussées successives de l'éruption se produisent ainsi le 19 mai, le 30 mai, le 2 juin. Certains jours, l'éruption tend à disparaître; le lendemain, elle se montre de nouveau. Toutefois avec le repos, la balnéation, les éruptions sont de moins en moins fortes; les démangeaisons persistent toujours, mais l'état général s'améliore visiblement.

L'examen des crachats a été fait à trois reprises pendant le séjour du malade à l'hôpital; il a toujours donné des résultats négatifs.

Ce n'est que le 2 juin que l'éruption prit nettement un caractère ortié, en montrant aux épaules et en différents points du tronc et des membres des saillies papuleuses d'un rose pâle nettement caractéristiques de l'urticaire. D'autres poussées nettement ortiées se montrèrent encore pendant la première quinzaine du mois de juin.

Le malade est sorti de l'hôpital le 2 juillet, tout à fait guéri, il n'a plus d'éruption depuis 15 jours environ et son état général s'est beaucoup amélioré. Cependant il conserve toujours un état prurigineux de la peau qui s'accroît aux changements de température, et notamment quand il se met au lit ou quand il se lève.

Pendant son séjour le traitement a consisté en bains alcalins et bains d'amidon, pommades à l'oxyde de zinc et au menthol, pilules de créosote. Pendant les derniers jours il a pris chaque jour 20 centigrammes d'acide cacodylique, mais déjà l'éruption avait disparu. Il n'est pas certain que l'arsenic ait eu sur lui une action spéciale. Nous noterons pourtant que dans les quinze derniers jours il n'y a pas eu de nouvelle poussée d'urticaire.

En résumé, l'évolution de la maladie a démontré l'exactitude du premier diagnostic et prouvé qu'il s'agissait bien d'une urticaire chronique à poussées successives. Certains éléments éruptifs isolés, et à la fin des poussées d'élevures franchement ortiées ont permis d'affirmer le diagnostic définitivement. Les doutes étaient justifiés par l'aspect insolite, polymorphe, de l'éruption constituée par des éléments plus rouges, plus durs, mieux circonscrits que ne le sont d'ordinaire ceux de l'urticaire. Elle n'a été franchement ortiée que dans ces dernières poussées et a présenté pendant quelque temps un type érythémateux spécial, rappelant les éruptions attribuées aujourd'hui aux toxines de la tuberculose. Malgré l'absence de bacilles dans les crachats, notre embarras aurait pu se prolonger et nous avons été sur le point de demander à la biopsie des renseignements complémentaires. Le fait nous paraît donc montrer que dans des circonstances analogues le diagnostic de tuberculides ne peut être affirmé qu'après une observation prolongée. Il faut écarter par un contrôle attentif les types anormaux que peuvent revêtir les dermatoses communes.

Erythrodermie exfoliante au cours du traitement du psoriasis par l'acide cacodylique.

Par MM. F. BALZER et V. GRIFFON.

Parmi les malades atteints de psoriasis, que nous avons soumis à l'action du cacodylate de soude à haute dose, préconisé par M. Danlos, deux cas se sont produits d'intolérance de ce médicament. Les accidents ont été caractérisés surtout par un érythème généralisé suivi d'une desquamation de l'épiderme par larges lambeaux.

Obs. I. — Man..., Agé de 68 ans, chapelier, entre le 10 juin 1897 à la salle Hillairet, lit n° 7, service de M. Balzer, pour une nouvelle poussée de son ancien psoriasis.

C'est à 1860, alors qu'il avait 30 ans, que remonte le début de ce psoriasis. L'affection était alors et est restée longtemps localisée au cuir chevelu. Tous les 4 ou 5 ans, le malade entrait à Saint-Louis dans le service de Bazin, y restait environ un mois, et, après un traitement local par l'huile de cade, il sortait tout à fait guéri. Le reste du corps fut toujours respecté par le psoriasis, excepté depuis environ 3 ans. Il survint alors une poussée généralisée, d'abord en gouttes, puis en placards, qui nécessita un séjour de six semaines à deux mois à la salle Hillairet, service de M. Danlos. Grâce à l'huile de cade, il sort presque guéri; mais le psoriasis ne tarde pas à reparaitre, et, depuis, a pour ainsi dire toujours persisté. Tous les ans, le malade vient de l'hospice d'Ivry, où il est depuis quelques années, se faire soigner à Saint-Louis pendant environ un mois.

C'est dans ces conditions qu'il se présente à nous, le 10 juin, le corps parsemé de placards et de gouttes de psoriasis avec intégrité presque complète de la face.

Les premiers jours, on se contente d'ordonner des bains et des applications de vaseline boriquée.

Le 14 juin, on commence à faire prendre au malade une cuillerée à café d'élixir contenant 10 centigrammes de cacodylate de soude par cuillerée à café, et composé de la façon suivante .

Acide cacodylique.....	2 gr.
Bi-carbonate de soude.....	q s. pour neutraliser
Eau distillée.....	33 cc.
Sirop simple.....	33 cc.
Alcool à 60°.....	33 cc.
Essence de menthe.....	11 gouttes.

Les 15, 16 et 17, le malade absorbe une cuillerée à café par jour; les 18, 19 et 20, une cuillerée à café et demie; le 21 juin, 2 cuillerées; les 22, 23, 24 et 25 juin, 5 cuillerées, c'est-à-dire 50 centigrammes par jour.

Le 26, on trouve le malade dans un état assez inquiétant. Il est assoupi, prostré, indifférent à ce qui se passe autour de lui, avec une température

de 39°; langue saburrale, anorexie, oligurie sans albumine. (Il faut ajouter qu'il a habituellement un peu de difficulté à uriner, tenant sans doute à l'hypertrophie de la prostate.)

Dans l'espace de 12 jours, il a absorbé 1 gramme 35 d'acide cacodylique.

Toute la surface cutanée est tuméfiée, d'une rougeur vive. La face est bouffie, raide, avec un œdème dur; la peau est lisse et tendue; les paupières sont comme vernissées. Elles ne peuvent se rejoindre quand le malade essaie de les fermer. La sensibilité cutanée ne paraît pas altérée; on ne note pas de douleurs articulaires.

Déjà on constate de la desquamation; sur la teinte rouge des téguments se détachent des placards squameux épais, larges; l'exfoliation s'accroît et se généralise les jours suivants, pendant que la tuméfaction diminue.

Actuellement, la mobilité des paupières est recouvrée; mais les conjonctives palpébrales restent rouges et suppurent. La peau des membres et du tronc reste épaisse et raide, mais les squames dont elle est couverte sont beaucoup plus petites et plus fines.

L'état général s'est promptement amélioré. Quant au psoriasis, il semble avoir été influencé d'une façon plutôt favorable par l'évolution de cet érythème accidentel.

L'analyse des urines montre le 5 juillet une légère quantité de sucre (50 centigrammes par litre).

Le malade n'a jamais été reconnu diabétique; il n'avait pas eu d'affection grave, à part un affaiblissement progressif des forces dans les membres supérieur et inférieur du côté gauche, hémiplegie incomplète survenue sans ictus.

Obs. II. — L. G..., 34 ans, entre le 22 mai 1897 à la salle Hillairet, lit n° 17, service de M. Balzer. Le psoriasis est apparu pour la première fois il y a seize ans, quatre mois après une chute que fit le malade d'une hauteur de cinq étages. L'affection, d'abord limitée aux coudes et aux genoux, se généralise au bout d'une dizaine de jours, et gagne les membres, la poitrine, le cuir chevelu. Le malade séjourne trois mois à la salle Hillairet, dans le service de M. Besnier; après un traitement par les enveloppements caoutchoutés, la pommade à l'oxyde de zinc, la solution d'acide chrysophanique, il sort guéri.

Pendant sept ans, il n'y a pas de récurrence. Le malade, pendant son service militaire (cinq ans), a fait la campagne du Tonkin et a contracté au Soudan les fièvres paludéennes.

De retour à Paris, en 1887, nouvelle poussée de psoriasis, moins intense que la première, sous forme de placards respectant la face et le cuir chevelu. Il reste cinq semaines en traitement dans le service de M. Hallopeau et est guéri par une pommade à l'acide chrysophanique.

Il reste quatre ans sans avoir de poussée nouvelle. Alors survient la troisième poussée, plus forte que la seconde, mais moins intense que la première. La tête et la face sont envahies. M. Hallopeau prescrit l'acide chrysophanique, qui le débarrasse en cinq semaines.

En 1893, les membres inférieurs seuls sont touchés de nouveau. Le suintement nécessite l'application du caoutchouc. Le malade ne supporte pas l'application de l'huile de cade, qui est douloureuse. On reste à la

pommade à l'acide chrysophanique, qui lui permet de sortir au bout d'un mois.

En 1895, poussée bénigne de six semaines, traitée par l'acide chrysophanique.

En mai 1896, pendant deux mois et demi, le malade est soumis à l'huile de cade et à l'acide chrysophanique.

Enfin, la poussée actuelle a fait son apparition en janvier 1897. Le malade est entré à Saint-Louis le 8 février, dans le service de M. Balzer. Pendant deux mois et demi, il est traité par l'huile de cade et la pommade à l'acide chrysophanique, et sort non guéri de l'hôpital.

Il rentre le 22 mai, plus atteint que jamais, présentant des gouttes et des placards psoriasiques larges et rouges sur les membres, la face, la tête, le tronc, l'abdomen, etc. Pendant quelques jours, on applique l'axonge, puis le glycérolé cadique faible, l'huile de cade, et on prescrit la solution alcaline à l'intérieur.

Le 10 juin, on cesse tout traitement externe, excepté les bains tous les deux jours, et on commence le traitement par l'acide cacodylique.

La formule du médicament administré est la même que celle qui est donnée dans l'observation précédente. Elle diffère légèrement de celle qui a été publiée par M. Danlos; de plus, l'acide cacodylique employé est légèrement rosé, tandis que celui de M. Danlos, importé d'Allemagne, est incolore et serait peut-être plus pur. Voici, pour mémoire et par comparaison, la formule donnée par M. Danlos :

Acide cacodylique.....	2 gr.
Bi-carbonate de soude.....	5 q. s. pour neutraliser.
Eau distillée.....	60 gr.
Sirop simple.....	20 gr.
Rhum.....	20 gr.
Essence de menthe.....	1 goutte

Le malade prend donc 10 centigrammes d'acide cacodylique, soit une cuillerée à café de l'élixir, à partir du 10 juin. Le 14, on monte à une cuillerée et demie, le 18, à deux cuillerées; le 21, à deux cuillerées et demie; le 22, à 5 cuillerées, c'est-à-dire 50 centigrammes d'acide cacodylique. Pendant cinq jours on continue cette dose; puis surviennent des maux de tête et d'estomac, sans diarrhée; on s'arrête; le malade passe, on recommence l'administration du remède, et, le 29 juin, le malade prend une cuillerée d'élixir.

Le psoriasis commençait à pâlir légèrement, quand, le 30 juin, survient de la fièvre (38 à 38°,5) de la céphalalgie, et une poussée érythémateuse douloureuse au niveau des placards psoriasiques et dans leur intervalle.

L'éruption se généralise à tout le corps; elle tuméfie la face; aux mains et aux pieds on voit plus nettement les placards érythémateux qui la constituent, rappelant en tous points les éruptions de cause médicamenteuse. On cesse le traitement. En même temps, des douleurs vives apparaissent, surtout aux bras et aux jambes, au niveau des articulations. La plupart des placards, rouges et tuméfiés, présentent de l'hyperesthésie. Le pouls est à 84.

Le 3 juillet, ces douleurs disparaissent, mais il reste au niveau du thorax une sensation de constriction. Les mains, les pieds, à leur face dorsale comme à leur face palmaire, présentent des saillies mamelonnées qui amènent un gonflement marqué des extrémités. On note aussi du suintement et de l'hyperesthésie.

Aujourd'hui, 8 juillet, les mains desquament comme après la scarlatine. L'épiderme s'exfolie par vastes lambeaux, larges de plusieurs centimètres, et les pieds à leur tour commencent à se fendiller.

La face est encore érythémateuse, et l'épiderme à ce niveau semble devoir subir le même sort qu'aux extrémités.

L'état général est satisfaisant.

En somme, voici deux malades qui, sans avoir dépassé les doses habituelles d'acide cacodylique, ont présenté des accidents intenses d'érythrodermie exfoliante, qu'il est impossible de ne pas imputer à l'intolérance du médicament. Ils ressemblent nettement à ceux qui ont été décrits parmi les accidents possibles de l'arsenicisme; la dénomination que nous avons choisie est celle qu'a donnée M. Besnier.

L'administration de l'acide cacodylique n'est donc pas toujours inoffensive. Il y a des organismes qui ne le tolèrent pas, et, comme avec les autres préparations d'arsenic, il faut compter avec la susceptibilité et les tares individuelles.

Evidemment nos deux malades avaient des raisons de se montrer intolérants : le premier était un vieillard, à psoriasis invétéré, à organisme affaibli par une hémiplegie incomplète ancienne, et peut-être par un diabète méconnu; l'autre avait toujours été très susceptible vis-à-vis des divers agents thérapeutiques appliqués localement, et ses viscères, touchés jadis par la malaria, ne sont peut-être pas dans un état d'intégrité complète.

Nous ne songeons pas à incriminer la préparation employée. Ce n'est pas celle qui a été employée par le D^r Danlos. Elle nous a été fournie par l'Assistance publique, et elle ne différerait de l'autre que par une coloration légèrement rosée. Quoi qu'il en soit, l'élixir a été bien toléré par les autres malades auxquels nous l'avons prescrit : dans des cas de psoriasis actuellement en traitement, dans un cas de lichen plan, dans un cas d'urticaire chronique. Il est à noter cependant que l'un de nos malades qui avait eu l'occasion de goûter l'élixir préparé dans le service de M. Danlos, le trouvait moins désagréable au goût, et plus facile à gérer que le nôtre.

La véritable cause des accidents doit donc être recherchée dans l'état général de nos malades. Leurs observations nous engagent à procéder à l'avenir avec prudence, surtout lorsque l'on constate divers états pouvant causer une intolérance des médicaments.

Nous ferons remarquer aussi la soudaineté de l'apparition des accidents survenus après quelques jours de tolérance.

Malgré ces accidents, nous restons convaincus de la haute importance et du rôle utile que peut jouer en thérapeutique la préparation arsenicale que M. Danlos nous a fait connaître.

M. DANLOS. — L'emploi thérapeutique de l'acide cacodylique est de date trop récente pour que l'on puisse indiquer dès à présent la fréquence relative et la cause immédiate des accidents signalés par M. Balzer. Pour moi, chez trois malades non psoriasiques (lymphadénie, mycosis, prurigo) traités par la méthode hypodermique (15 à 30 centigrammes en injection tous les deux jours pendant trois à quatre semaines) je n'ai observé rien de semblable. Rien non plus chez les trois premiers psoriasiques dont j'ai publié l'observation et qui ont pris sous forme pilulaire des doses d'acide variant de 30 à 75 centigrammes par jour pendant plus d'un mois.

Il n'en a pas été tout à fait de même pour le malade présenté dans la séance du 20 mai. Chez lui, deux poussées se sont produites sur la peau. Elles ont été assez légères pour que mon interne n'en ait pas tenu compte et ne les ait pas mentionnées dans son observation. Je les ai signalées en note sous le nom defectueux de poussées congestives. Elles n'ont pas eu le caractère d'érythème desquamatif et ont consisté en une rougeur vive sur la partie supérieure du tronc et les membres inférieurs avec prurit intense et suintement (eczématisation).

Elles ont été très bénignes et ont paru évoluer sans fièvre (température non prise), mais en somme il s'est agi probablement et sous forme atténuée d'accidents comparables à ceux observés par M. Balzer. Pourquoi cette différence de gravité ? Il nous semble difficile de le dire. On pourrait invoquer l'âge avancé du premier malade de M. Balzer dont les reins n'étaient peut-être pas en très bon état. Pour le second, on pourrait arguer de l'impaludisme et d'un léger degré de glycosurie. Peut-être aussi la première poussée d'eczématisation chez notre malade n'a-t-elle pas eu de gravité parce que la médication avait été suspendue ; mais au moment de la deuxième, le médicament a pu être continué à la même dose sans inconvénient. Enfin l'acide cacodylique fourni par l'Administration à M. Balzer n'a pas semblé tout à fait identique à celui dont j'ai fait usage : mais quatre de mes malades prennent actuellement et depuis les 14, 18, 21 et 28 juin, de ce nouvel acide. La dose quotidienne en a été rapidement portée à 60 centigrammes par jour. L'effet thérapeutique n'est pas encore appréciable, mais il n'y a pas eu d'intolérance et jusqu'à présent aucune poussée sur la peau. En somme, la cause prochaine de ces différences nous échappe, mais nous croyons néanmoins qu'il faut tenir grand compte de la possibilité de ces accidents et n'employer la médication cacodylique intensive qu'avec circonspection chez les sujets dont les émonctoires ne sont pas en parfait état.

Rétraction des paupières et de la lèvre supérieure de nature indéterminée.

Par M. DU CASTEL.

J'ai l'honneur de vous présenter une malade, que M. Kalt nous fait l'honneur de nous envoyer de l'hospice des Quinze-Vingts, et qui est atteinte d'une déviation des paupières et de la lèvre supérieure. Voici l'histoire de cette malade, telle qu'elle a été recueillie par M. le Dr Biard, chef de clinique du Dr Kalt.

Marie F..., 18 ans, née à Vontezac (Corrèze).

Père et mère vivants et bien portants, sans affections cutanées.

Cinq sœurs bien portantes.

Aucune maladie antérieure. Pas d'éruption ni de pigmentation anormale sur le corps, quelques cicatrices non pigmentées aux coudes et aux genoux (traumatismes anciens).

Pas de syphilis acquise ou héréditaire.

L'affection actuelle aurait débuté, au dire de la malade, il y a 4 ans, par un petit bouton siégeant sur le dos du nez près de l'angle interne de l'œil droit. A ce niveau on ne remarque plus actuellement aucune cicatrice. D'ailleurs la durée du bouton aurait été de 4 à 5 jours au plus. Depuis, la malade a remarqué que ses paupières commençaient à tomber et sa lèvre supérieure à s'ectropionner. L'affection s'est accentuée progressivement et la malade est allée consulter, il y a deux mois, pour son double ectropion des paupières, ectropion qu'on a traité par une raie de feu sur la conjonctive, d'ailleurs sans résultat.

Actuellement, ce qui frappe encore c'est l'ectropion total des deux paupières inférieures et celui de la lèvre supérieure.

Celle-ci a un aspect particulier : la lèvre est divisée par un sillon en deux parties, la partie cutanée fortement attirée en haut, et la partie muqueuse qui forme un bourrelet assez marqué ; la partie cutanée paraît être diminuée dans sa dimension, plus étroite qu'elle ne l'est d'ordinaire ; le sillon sous-nasal lui aussi paraît beaucoup plus court qu'à l'état normal.

La lèvre inférieure n'est pas sensiblement altérée.

Les paupières inférieures sont atteintes d'un ectropion total dû au basculement du tarse par suite de la traction de la peau en bas. Celle-ci au niveau des paupières présente une teinte violacée profonde, sur une étendue de 3 centimètres environ ; elle est lisse, fortement tendue. Cette tension et cette coloration se remarquent aussi dans la commissure externe ; la coloration gagne la paupière supérieure, dont le système vasculaire veineux est très développé. Le sourcil est attiré légèrement en haut.

Ceci donne à la figure l'aspect d'un masque.

La peau, dans l'intervalle des lèvres et des paupières, paraît sèche, un peu rugueuse au toucher, mais surtout fortement tendue ; elle ne semble reprendre sa consistance normale qu'au niveau du cou et des oreilles.

En résumé, lésion rétractile de la peau développée en 4 ans, ayant amené l'ectropion des paupières inférieures et de la lèvre supérieure. La nature de ces lésions me paraît bien difficile à préciser : elles ont les allures de la sclérodermie, elles n'en ont pas tous les caractères ; la peau n'est pas dure au toucher, elle est tout au plus lisse et tendue.

Ce qui rend ce fait particulièrement intéressant, c'est que, d'après M. Kalt, il n'est pas un fait isolé ; notre savant collègue en a observé déjà plusieurs exemples ; il s'agit donc d'un type pathologique.

La question du traitement présente quelques difficultés. Dans un cas semblable, M. Kalt pratiqua une autoplastie pour corriger l'ectropion ; il se produisit une gangrène du lambeau autoplastié et de celle de la paupière même. La peau de tels malades est donc une peau à laquelle il faut craindre de toucher chirurgicalement. Aussi je crois qu'actuellement il y aurait lieu, avant tout, de tâcher de modifier la nutrition de la peau par l'électrolyse.

Hérédosyphilis et cartilages de conjugaison.

Par MM. SPRINGER et SERBANESCO.

M. le professeur Fournier présente des épreuves radiographiques de MM. Springer et D. Serbanesco, montrant que, dans l'hérédosyphilis, le cartilage de conjugaison s'ossifie prématurément, ce qui entrave et arrête la croissance.

M. DARIER rappelle que les os dans l'hérédosyphilis sont parfois augmentés de longueur ; tel est le cas dans la déformation dite en lame de sabre.

M. FOURNIER. — Le gigantisme, de même que le nanisme, est souvent le résultat de l'hérédosyphilis, et ces deux termes se touchent. Le géant est souvent un infantile par plusieurs points : il n'a pas de barbe, et ses testicules sont petits.

Un cas de quatre chancre indurés de la face.

Par M. E. LESNÉ.

S..., charretier, âgé de 38 ans, entre le 26 juin 1897, salle Saint-Louis.

Rien de particulier à signaler dans ses antécédents.

Dans le courant du mois de mai, notre malade a été légèrement blessé

par un rasoir au niveau de la lèvre inférieure. Au début de juin est apparue à cette place une petite lésion semblable à une pustule d'acné, que le malade écorcha, qui ne tarda pas à devenir ulcéreuse et qui grandit peu à peu. Elle fut rapidement accompagnée d'une adénopathie sous-maxillaire dure non douloureuse.

Trois ou quatre jours après se montraient, au voisinage et au-dessous de la première, deux lésions de même aspect.

Enfin, huit jours après, un quatrième chancre apparaissait à la lèvre supérieure, à droite de la ligne médiane. Il augmenta rapidement d'étendue, et, en six jours environ, devint plus large et plus ulcéreux que les autres.

Les quatre chancres se sont développés en l'espace de douze jours, le malade est formel sur ce point. Cet homme, marié et père de quatre enfants, nie toute fugue extra-conjugale et rapporte à la plaie faite par le rasoir l'origine de ses chancres.

Après avoir consulté à l'hôpital Bichat où la nature du mal fut reconnue, le malade a été envoyé dans le service.

A son entrée, les quatre chancres sont en pleine évolution et le diagnostic d'accident primitif s'impose. Tous les caractères y sont au complet. Ce sont des ulcérations arrondies, légèrement surélevées, dont le fond et les bords sont au même niveau; la couleur est chair musculaire, l'induration manifeste, enfin l'adénopathie sous-maxillaire double est très apparente, plus marquée à droite.

Le chancre de la lèvre supérieure, le dernier apparu, est le plus grand; il a les dimensions d'une pièce de 2 francs et empiète légèrement sur le bord muqueux.

Un peu moins large, comme une pièce de 1 franc, est celui de la lèvre inférieure. Enfin ceux du menton sont grands l'un comme une pièce de 20 centimes et l'autre comme 50 centimes.

Dès son entrée à l'hôpital le malade fut mis au traitement: 10 centigrammes de protoiodure par jour et pansement des chancres au Vigo. Une éruption discrète de roséole est apparue sur le thorax le 5 juillet; les éléments en sont encore aujourd'hui clairsemés.

M. BESNIER. — Il serait intéressant, à l'occasion de telles observations, d'indiquer très nettement la durée des première et deuxième incubations, ainsi que le temps écoulé entre l'apparition des chancres successifs. Les notions classiques à ce sujet ont besoin d'être reprises sur de nouvelles bases.

M. MAURIAC. — Entre l'apparition de plusieurs chancres, le maximum d'intervalle observé a été de quinze à dix-sept jours. La durée de la deuxième incubation se prolonge considérablement en certains cas, jusqu'à quatre-vingt et quatre-vingt-dix jours.

M. FOURNIER. — La première incubation est en moyenne de trois à quatre semaines; mais celle-ci varie de quinze à quarante jours. La durée même du chancre est très variable, parfois très courte et éphémère.

M. JULLIEN. — Aucune question n'est plus intéressante que celle des

chancres successifs. Ils peuvent succéder à un seul coït, lorsque les tissus offrent plus de résistance en un point qu'en un autre, mais plus fréquemment, à mon avis, ils se voient à la suite de contagions elles-mêmes successives. On les observe ainsi chez les jeunes gens qui ont des rapports renouvelés avec une maîtresse infectée. C'est ainsi que je vis un de mes clients, dont j'ai rapporté l'histoire ailleurs, qui de 6 en 6 jours m'apporta trois chancres à extirper. Je me demandai même si la suppression des premiers n'avait pas favorisé l'éclosion des derniers.

Généralement l'intervalle ne dépasse pas huit à dix jours, mais j'en ai observé de quinze et vingt, exceptionnellement.

Il est également d'observation, et sur ce point je demande l'avis de mes confrères, que les chancres venus en dernier lieu offrent un développement moindre que le premier, ce qui tendrait à démontrer un commencement d'immunité.

Ulcération phagédénique avec éléphantiasis du pied, chez une tuberculeuse. — Amélioration rapide par le calomel en injection intra-musculaire fessière.

Par MM. PAUL GASTOU et DOMINICI.

Dans une des dernières séances de la Société de dermatologie et de syphiligraphie, M. le Dr Fournier avait attiré l'attention de la Société sur l'action résolutive du calomel, en injections intra-musculaires, sur certains lupus et dans quelques cas de tuberculose cutanée.

Il nous a paru intéressant de montrer un fait nouveau, à l'appui de la communication de M. le Dr Fournier; cas remarquable par la rapidité de l'amélioration d'un ulcère tuberculeux, chez une tuberculeuse pulmonaire, à la suite d'une seule injection de 5 centigrammes de calomel.

Voici l'observation de la malade.

Marie B..., 37 ans. Service du professeur Fournier.

Antécédents héréditaires sans intérêt.

Du côté des collatéraux on note la mort d'un frère ayant succombé à un an au cours d'une affection inconnue.

Un frère vivant et bien portant.

La mère n'a pas eu de fausses couches.

A part l'existence de coryzas à répétition et l'apparition d'une fièvre typhoïde à l'âge de 7 ans, la première enfance s'est écoulée sans manifestations morbides importantes. Pas de gourme, ni d'affections oculaires ou auriculaires, etc.

Réglée à 14 ans, elle a toujours eu une menstruation normale, sauf depuis un an, époque où cette fonction a été abolie.

Mariée, elle n'a eu ni enfants ni fausses couches.

A 13 ans se manifeste une adénopathie de la région sous-maxillaire gauche, froide, indolente, ayant suppuré jusqu'à l'âge de 36 ans.

En 1884, une adénite sous-maxillaire droite de même nature apparaît. Elle suppure durant deux années.

Il y a trois ans, au niveau de la face externe de la jambe gauche, à 6 travers de doigt au-dessus de la malléole correspondante, la peau s'ulcère sur une surface égale à celle d'une pièce de 50 centimes.

Cette perte de substance absolument indolente s'étend peu à peu, atteignant le diamètre d'une pièce de 10 centimes, puis se cicatrise en 6 ou 8 mois.

Alors surviennent à la face interne de la cuisse droite trois petites tumeurs grosses comme des noisettes, disposées en demi-cercle et douloureuses à la pression.

Elles s'ouvrent pour laisser suinter un liquide épais et roussâtre.

Des nodules de même nature se montrent vers le milieu de la jambe gauche, puis, graduellement et de haut en bas, d'autres éléments identiques se disséminent sur le reste du membre et les faces interne et externe du pied correspondant.

Chacun de ces petits foyers devient le siège d'une ulcération arrondie ou ovale ayant de 1 à 4 centimètres de diamètre.

Elles persistent un an environ, puis se cicatrisent à la jambe comme à la cuisse.

Il y a 15 mois, la malade commence à maigrir et à sentir ses forces décliner.

En même temps, le pied gauche s'œdématise et un ulcère apparaît à sa face dorsale. Il s'accroît irrémédiablement et la douleur qu'il occasionne pendant la marche oblige la malade à rester au lit depuis le mois d'octobre 1896.

État actuel, 27 juillet 1897. — On trouve au niveau du membre inférieur gauche un ulcère de forme ovale s'étendant de la région du cou-de-pied à la base des orteils. Latéralement il est limité par deux lignes à direction antéro-postérieure. L'une est tangente en dehors du bord externe du petit doigt, l'autre répond en dedans à la face supérieure du gros orteil que recouvre un petit ulcère isolé, de forme elliptique.

Les bords de la perte de substance forment un bourrelet épais, grisâtre, à contours nettement polycycliques.

Le fond est gris rougeâtre, sanieux, et on en voit émerger 5 flots de peau non érodée ayant les dimensions d'une pièce de 20 centimes ou de 1 franc.

La lésion se prolonge sous la tête du 5^e métatarsien où la sole plantaire commence à se détacher du squelette.

Ce vaste ulcère apparaît sur un pied tuméfié d'aspect éléphantiasique, là où est conservée la peau couturée de cicatrices. L'organe est en extension et comme ankylosé, bien qu'il n'y ait pas de douleurs articulaires.

Les orteils sont en position vicieuse et immobilisés, tout en étant indolores pour des ébranlements légers.

La sensibilité est un peu atténuée sur la zone voisine du bourrelet qui limite l'ulcère.

Sur la jambe, jusqu'à mi-hauteur, des cicatrices linéaires forment un tractus irrégulier et blanchâtre sur fond légèrement pigmenté.

A la face interne de la cuisse droite existent trois taches brunes disposées en demi-cercle, reliquat des tumeurs signalées plus haut.

Ces phénomènes locaux sont constatés chez une femme émaciée, blême, épuisée.

Il existe au sommet droit du souffle à l'expiration, de la pectoriloquie aphone. Au sommet gauche, des râles sous-crépitants accompagnent une respiration rude.

Le cœur est normal.

Le foie un peu hypertrophié déborde le rebord costal de deux travers de doigt.

L'appétit est diminué, la langue est sale, les digestions sont lentes.

Les urines ne présentent pas de dépôt spécial, elles ne renferment ni sucre ni albumine.

La rate est hypertrophiée.

L'appareil ganglionnaire est le siège d'un état inflammatoire subaigu au niveau du cou. Là, indépendamment du collier de cicatrices qui encercle la région cervicale, existent des ganglions tuméfiés, douloureux, et la peau qui les recouvre au niveau de la région rétro-auriculaire est rouge, chaude, adhérente au plan sous-jacent.

Il existe de la micro-polyadénopathie sous-axillaire et une augmentation considérable de volume des ganglions inguinaux.

Nous avons accompagné l'observation clinique d'une biopsie et de l'examen des crachats.

La certitude d'une tuberculose pulmonaire est démontrée par l'abondance des bacilles de Koch dans les crachats.

Histologiquement, la lésion est constituée par un tissu de bourgeons charnus typiques, dont la surface est par places remplacée par des abcès miliaires. Dans les deux tiers superficiels de la coupe c'est, avec une abondance de vaisseaux sanguins, les seules particularités à signaler.

Dans la partie profonde de la coupe, les vaisseaux sanguins sont également très abondants. Il faut une recherche attentive pour apercevoir autour de quelques-uns d'entre eux des cellules géantes, dont les dimensions sont des plus petites et ne sont pas celles habituelles.

Même dans la profondeur de la coupe, la prolifération cellulaire reste des plus actives, il semble qu'elle ait comblé tous les interstices cellulaires et on ne voit pas de dilatations lymphatiques mais seulement des vaisseaux sanguins.

Rien ne rappelle l'aspect d'une lésion syphilitique.

Nous avons établi par l'histoire clinique de la malade, par l'examen des crachats, par l'étude d'une biopsie, qu'il s'agissait bien de tuberculose; que la lésion du pied était de nature tuberculeuse; que d'autre part il n'y avait aucun stigmate de syphilis héréditaire ou acquise; et cependant une seule injection de 5 centigrammes de calomel

a entraîné une amélioration telle que l'éléphantiasis a en partie disparu et que l'ulcération se comble sur ses bords.

De cette modification si rapide il faut donc conclure, ainsi que l'a dit M. le professeur Fournier, à l'action efficace du calomel en injection sur des lésions non syphilitiques, et l'essayer dans les cas d'ulcérations rebelles tuberculeuses, confirmées ou non.

La particularité histologique que nous avons constatée sur nos coupes peut justifier l'emploi de cette méthode thérapeutique. Nous avons été frappés de ce fait que les cellules géantes étaient minuscules, rares, qu'il y avait autour d'elles une surabondance de cellules leucocytaires considérable, et que la prolifération cellulaire étouffait en quelque sorte les productions tuberculeuses.

Là est peut-être l'explication de l'action curative du calomel sur les ulcères tuberculeux. Agent provocateur actif de multiplication cellulaire, le calomel crée une prolifération cellulaire, une surabondance de leucocytes phagocytaires qui étouffe et arrête dans son développement le tubercule.

M. FOURNIER. — De tels faits nous mettent en présence du dilemme suivant : ou bien la syphilis peut imiter la tuberculose dans ses caractères même les plus typiques, ou bien les injections de calomel agissent sur la tuberculose.

Sur un cas de mycosis fongicoïde d'emblée avec lésions aiguës multiformes. Vérification histologique.

Par MM. E. BESNIER et HALLOPEAU.

Nous avons insisté maintes fois sur le polymorphisme des éruptions mycosiques : le malade que nous avons l'honneur de vous présenter en offre, selon toute vraisemblance, un nouvel exemple ainsi que d'autres particularités dignes d'intérêt.

Son observation, recueillie avec le concours de M. Poulain, peut être résumée ainsi qu'il suit :

Sch..., 34 ans, employé de commerce, entre le 20 mai 1897, pavillon Gabrielle, lit n° 2.

Il est de constitution moyenne. Ses antécédents héréditaires sont nuls.

Il a eu, à l'âge de 22 ans, une fièvre typhoïde bénigne et, depuis lors, des douleurs rhumatoides fréquentes dans différents muscles, surtout aux lombes. Il n'avait été atteint, jusqu'à ces derniers temps, d'aucune éruption.

Le 2 mai 1897, la maladie actuelle a débuté par un petit bouton situé

près de la commissure labiale gauche, offrant l'aspect d'une nodosité rouge et suintante, faisant saillie sur la joue.

Deux jours après, le malade s'est rasé, et, dans la journée même, toute la joue gauche a été atteinte.

Les jours suivants, la lésion s'est étendue peu à peu, et, en dix jours environ, elle a atteint les dimensions qu'elle présente actuellement.

Trois jours après le début de l'affection, c'est-à-dire le 5 mai, une seconde élévation est apparue sur le front, à la partie médiane; elle s'est étendue très rapidement.

Dès le début, le malade a appliqué sur les lésions des cataplasmes très chauds, puis ultérieurement la pommade à l'oxyde rouge d'hydrargyre. L'un de nous a conseillé ensuite l'emploi de compresses imbibées d'une solution très faible de résorcine.

Le quinzième jour de la maladie, le malade est entré au pavillon Gabrielle.

Les jours suivants, outre les placards que l'on observe actuellement sur le cou et la face, on a noté une éruption beaucoup plus superficielle et fugace, localisée à la face antérieure des avant-bras et au-dessous de la base du cou, à la région sternale.

Cette éruption, composée d'éléments isolés, d'aspect eczémateux, a rétro-cédé très rapidement après quelques applications de pommade à l'oxyde de zinc.

1^{er} juin. La plus grande partie du visage et les faces antérieure et latérales du cou sont recouvertes de lésions saillantes, rouges, qui laissent couler abondamment un liquide séreux légèrement louche.

Sur le front, ces lésions forment une plaque nettement limitée, à bords irréguliers et saillants. Elle siège immédiatement au-dessus de la racine du nez, sur la partie médiane, et présente environ 6 à 7 centimètres de large sur 3 à 4 centimètres en hauteur.

La surface excoriée, suintante et d'un rouge vif, est bosselée et fait une saillie très nette sur la peau voisine qui paraît saine.

Au visage, des lésions analogues se voient sur toute la moitié inférieure des joues, au-dessous d'une ligne passant par le bord inférieur de l'aile du nez et du lobule de l'oreille. Ce sont également des saillies rouges bien limitées, suintant abondamment. Les poils de la barbe sont agglutinés par la sérosité qui se concrète à leur surface, mais ils ne tombent pas.

Au cou, se voient des placards absolument semblables s'étendant en avant depuis la face inférieure du menton jusqu'à la poignée du sternum, et s'arrêtant en arrière sur les faces latérales, suivant une ligne irrégulière située un peu en arrière de la verticale passant par le lobule de l'oreille.

La ligne de démarcation est absolument nette en bas et en avant, mais il n'en est pas de même sur les faces latérales. Là, en effet, on peut suivre les progrès de la lésion. Au début, elle se présente sous l'aspect d'une pustulette reposant sur une base érythémateuse indurée. Puis, par la confluence de ces éléments, se forment des placards qui ont, les uns les dimensions d'une grosse lentille, d'autres celles d'un petit haricot, d'autres un diamètre de 2 à 5 centimètres. Enfin, d'autres lésions sont confluentes et forment des placards très étendus. Ceux-ci sont irrégulièrement arrondis,

résistants au toucher, d'une coloration rouge vif, et présentent à leur surface de nombreuses excoriations qui laissent suinter un liquide séreux. Au niveau des grandes nappes confluentes, la surface est partout excoriée et suintante, et l'on voit, en différents points, surtout vers la périphérie, des plaques saillantes et arrondies semblables aux flots isolés décrits précédemment. C'est seulement sur les parties latérales du cou que l'on observe ces flots isolés.

A la partie antérieure et inférieure du cou, le malade portait depuis sa naissance un petit nævus que la lésion a envahi, et qui a considérablement augmenté de volume : auparavant, il présentait l'aspect d'une grosse tête d'épingle ; il a maintenant les dimensions d'un pois.

Enfin les régions envahies sont, par moments, le siège d'un prurit intense.

Il n'y a pas de ganglions actuellement tuméfiés.

La partie antéro-supérieure du thorax est encore le siège d'une éruption qui présente les caractères de la dermatose dite eczéma séborrhéique.

L'état général s'est maintenu très satisfaisant jusqu'à ce jour.

Le traitement par les applications de compresses imprégnées de la solution de résorcine est continué.

A la suite de la chute des croûtes, la région sous-mentonnière apparaît hérissée de très nombreuses saillies érythémateuses ; leur volume varie de celui de grains de chènevis à celui de grosses lentilles ; elles sont confluentes, séparées par des sillons plus ou moins profonds ; leur aspect est végétant ; nombre d'entre elles sont surmontées de pustulettes. Une partie des poils s'arrachent facilement avec leurs racines.

La grande plaque éruptive du cou continue à être représentée par une surface confluyente qui occupe toute la partie antérieure de la région et s'étend, à gauche, jusqu'au niveau du bord antérieur du trapèze, à droite, jusqu'à celui du sterno-mastoldien. Toute la surface est d'un rouge vif, excoriée et secrète en abondance un liquide séro-purulent ; elle est inégale, bossuée, et fait, sur les parties saines, une saillie variant de 1 à 5 ou 6 millimètres ; sur le fond rouge, tranchent des saillies miliaires, de coloration plus foncée, qui semblent correspondre à des orifices glandulaires. Les mêmes saillies végétantes isolées persistent à la partie postérieure de la plaque, de chaque côté. Cette plaque est continue en haut avec des végétations sycosiformes qui occupent toute la partie supérieure du cou et inférieure de la face dans les limites indiquées. On substitue à la solution de résorcine celle d'acide borique neutralisé que l'on emploie en pulvérisation et en compresses ; on donne à l'intérieur la solution d'arséniate de soude à 0,10 pour 300, à la dose de deux cuillerées à soupe chaque jour.

Le 19. La plaque confluyente du cou descend maintenant au-dessous du nævus sur la hauteur de 15 millimètres sur 27 millimètres transversalement.

Son bord latéral droit atteint la partie postérieure du faisceau du trapèze.

Elle est formée, à ce niveau, par la réunion des plaques confluentes indiquées précédemment, et présente un aspect polycyclique.

Le relief de ces plaques est d'environ 3 millimètres. Leur surface est toujours excoriée et suintante ; leur consistance est plus ferme que celle des parties saines. Leurs contours ne sont pas abrupts.

Elles sont entourées par un rebord rouge et desquamé qui se continue avec la peau saine. Des compresses de sublimé au vingt millième, appliquées depuis la veille, sont mal tolérées et remplacées par un pansement sec avec la poudre de talc additionnée d'un vingtième d'acide salicylique.

Le 22. Le malade éprouve un prurit des plus intenses ; il ne peut résister au besoin de se gratter et on revient aux pulvérisations avec la solution d'acide borique neutralisée et aux applications de compresses imprégnées de ce même liquide.

6 juillet. Pour la première fois depuis l'entrée de Sch..., à Saint-Louis, la grande plaque cervicale n'est plus uniformément excoriée et suintante ; elle est devenue sèche dans sa moitié droite et son tiers supérieur et elle s'y est recouverte de squames ou de fines crotelles.

Les saillies végétantes semblent un peu moins prononcées.

Au pourtour de la plaque, sur ses limites postérieures, elles présentent en différents points une disposition des plus remarquables et très insolite : elles sont disposées en effet de manière à circonscrire des cercles ou demi-cercles au niveau desquels la peau semble intacte ; le diamètre de ces cercles est de deux à quatre centimètres ; on en distingue trois dessinés avec une remarquable netteté.

De nouvelles plaques isolées se sont produites sur les parties postéro-latérales du cou ; leur volume varie entre celui d'un gros pois à celui d'une petite fève ; nullement excoriées, elles paraissent s'être développées dans les couches profondes du derme ; leur consistance est ferme, leur couleur rosée ; l'épiderme ne paraît pas altéré à leur niveau ; le prurit est actuellement très modéré.

Nous constatons l'existence d'un ganglion très tuméfié dans la région sterno-mastoldienne droite.

RÉSULTATS DE L'EXAMEN D'UNE BIOPSIE PRATIQUEE PAR M. LEREDDE

Elle a porté sur une plaque saillante de la région latérale et supérieure droite du cou. Le fragment enlevé a été fixé, moitié dans la solution de sublimé et de bichromate de Meyer, moitié dans l'alcool à 90°.

Les lésions essentielles portent sur le corps papillaire ; celui-ci est excessivement hypertrophié, œdématié et refoule le derme profond. A un faible grossissement, on y trouve une infiltration abondante de cellules ; au niveau du réseau sanguin sous-papillaire, cette infiltration est presque partout confluyente et forme une nappe qui sépare l'épiderme et les papilles du tissu conjonctif profond. Les amas cellulaires, là où ils sont isolés, sont plus serrés autour des vaisseaux sanguins. Ceux-ci n'en occupent pas toujours exactement le centre : parfois l'infiltration est latérale au vaisseau ; en un point par exemple, où l'on peut suivre une artère et une veine coupées longitudinalement, on observe dans l'espace qui les sépare une accumulation serrée de cellules, tandis que, sur les faces extérieures, elles sont peu nombreuses. Quelquefois ces amas sont nettement limités par une paroi mince, parallèle à la tunique vasculaire, comme s'ils occupaient la gaine lymphatique ; même on peut observer des boyaux cellulaires indépendants

des vaisseaux sanguins compris entre deux fibrilles parallèles l'une à l'autre et tapissées de quelques cellules endothéliales. Parfois on trouve autour des artérioles épaissies un tissu œdématisé, bien limité, qui leur constitue une aréole claire, où il est rare d'observer des cellules; la gaine lymphatique paraît aussi distendue, elle se distingue nettement des tissus voisins.

Les veines sont aussi souvent que les artérioles le lieu d'élection des amas cellulaires serrés; elles sont aussi dilatées.

L'atmosphère connective des follicules pileux est envahie par des cellules, peu nombreuses toutefois et ne formant pas d'amas; elle est mise en évidence sur les coupes colorées à la thionine par une coloration diffuse, rougeâtre, tout à fait différente de celle du tissu conjonctif voisin.

Le corps papillaire offre un très grand nombre de fibres élastiques colorables par la thionine, comme on en voit dans la peau sénile; or le malade n'est âgé que de 34 ans.

A un fort grossissement et sur les coupes colorées d'une manière convenable, on constate, outre les vaisseaux, un très grand nombre de plasmazellen: ce sont elles qui forment en majeure partie les amas péri et para-vasculaires. Elles sont très volumineuses, elles ont parfois deux noyaux; leur protoplasme est excessivement colorable, plus à la périphérie qu'au centre. On trouve également, dans ces amas, des cellules fixes à noyau parfois sain, parfois tuméfié, et cependant plus riche en chromatine qu'à l'état normal, parfois, mais par exception, en karyokinèse.

Dans les points où l'infiltration cellulaire est moins serrée, on voit les noyaux des cellules fixes, extrêmement nombreux, se disposer en couches concentriques autour des vaisseaux artériels et des capillaires.

Dans les points où l'infiltration cellulaire est serrée, il est facile de constater l'existence d'un reticulum.

A distance des amas cellulaires, dans les papilles par exemple, dans les régions du corps papillaire où l'infiltration est peu serrée, on constate un œdème excessivement prononcé, quelques plasmazellen isolées et surtout de nombreuses cellules fixes. La prolifération de celles-ci est générale et facile à constater, elle s'observe même entre les fibres conjonctives de la partie profonde du derme.

Les mastzellen sont en nombre modéré et s'observent, soit à la périphérie des amas cellulaires, soit à la limite des papilles, soit dans le derme profond. Elles ont toutes un noyau très colorable.

Il existe, en très grande abondance dans les amas périvasculaires, et en moins grand nombre à distance, des cellules éosinophiles. On en trouve même autour des vaisseaux du derme profond. Dans les papilles, elles sont rares, on y voit surtout de vrais polynucléaires, en particulier dans les capillaires sanguins dilatés.

Les lésions de l'épiderme sont très accusées, mais sans originalité. Les papilles, extrêmement tuméfiées, se confondent souvent les unes dans les autres et sur de vastes étendues; leur surface n'est séparée de l'extérieur que par quelques couches de cellules épithéliales aplaties; dans l'intervalle, on voit de très longs, parfois très larges prolongements épidermiques,

s'étendant presque jusqu'au tissu conjonctif profond, bien que la hauteur du corps papillaire soit cinq ou six fois plus élevée qu'à l'état normal. Dans ces prolongements, de nombreuses cellules épithéliales profondes sont en karyokinèse.

Les cellules du corps muqueux sont souvent tuméfiées; les fentes inter-épithéliales sont généralement, mais modérément dilatées; on y trouve quelques éosinophiles et, en grand nombre, des polynucléaires, pouvant former de petits amas, surtout près de la surface de la peau.

La couche granuleuse a disparu; on ne trouve plus au dessus du corps muqueux que des cellules cornées ayant conservé leur noyau.

En parcourant les coupes colorées par le carmin et la méthode de Gram on rencontre de place en place, dans le derme, des amas de cocci, quelquefois disposés en chaînettes. Il est difficile de déterminer exactement l'importance du rôle de ces microbes dans les lésions; il est bien certain que les lésions essentielles ne leur sont pas dues.

Discussion. — L'hypothèse d'un eczéma, formulée au début comme possible, ne peut être maintenue après l'examen histologique. Le suintement considérable observé chez le malade ne se rattache à aucune lésion eczématisque de l'épiderme; on ne constate ni vésicules ni altérations fongoides; ce suintement est dû simplement à l'œdème excessif du derme et à la filtration de sérum qui s'opère au niveau des papilles tuméfiées.

D'autre part, on constate des lésions dermiques tout à fait exclusives du diagnostic d'eczéma. Nous ne discuterons pas, au point de vue histologique, des hypothèses que la clinique seule permet d'éliminer. C'est certainement du mycosis fongoïde seul que se rapprochent les lésions que nous avons décrites: la présence de plasmazellen mêlées à des cellules fines en multiplication évidente, les altérations vasculaires qui sont presque constantes dans cette affection, le reticulum appartiennent au mycosis.

La présence de cellules éosinophiles en grand nombre est anormale dans les altérations mycosiques. Nous l'avons observée toutefois dans un fait d'érythrodermie mycosique étudié avec M. Danlos, et où elle se rattachait à une leucémie dans laquelle l'éosinophilie était extrême. Dans le cas actuel, on ne peut encore parler de leucémie. L'examen du sang que nous avons fait nous a donné un chiffre de 6,600 globules blancs par millimètre cube. Mais le chiffre des polynucléaires est moindre qu'à l'état normal (56 p. 100), et si le chiffre des lymphocytes et des mononucléaires est physiologique (33 p. 100), il existe une éosinophilie prononcée (11 p. 100). A cette éosinophilie se rattache la présence d'éosinophiles en grand nombre dans les lésions dermiques.

L'examen du sang devra être renouvelé à une période ultérieure; il est possible que nous assistions au début d'une leucémie dont nous observons les altérations cutanées et sanguines.

Il résulte de cette observation que la dermatose dont est atteint M. Sch... se présente sous trois aspects différents: au-devant du cou, on voit une très large surface excoriée et suintante dont l'aspect rap-

pelle à s'y méprendre celui de l'eczéma végétant ; plus haut, contiguë à celle-ci, se trouve une zone recouverte de saillies qui offrent une grande analogie avec le sycosis parasitaire ; enfin, sur les côtés du cou, existent des nodosités non ulcérées, volumineuses et paraissant profondément enchâssées dans le derme.

Une des particularités les plus remarquables est la disposition, en plusieurs points, de ces nodosités sous forme de circonférences circonscrivant des cercles au niveau desquels la peau paraît saine ; ce n'est là, selon toute vraisemblance, qu'une apparence : en effet, l'on doit à M. Leredde d'avoir établi que l'on trouve, chez les mycosiques, des altérations profondes dans des parties où le tégument paraît tout à fait sain si l'on ne tient compte que de l'examen macroscopique ; nous sommes en droit de supposer qu'il en est ainsi au niveau de ces surfaces circulaires entourées complètement ou partiellement de nodosités : on ne peut guère s'expliquer autrement cette disposition.

Nous relèverons encore chez ce malade l'intensité qu'a présenté presque constamment, depuis le début de l'éruption, le prurit, et son influence sur la persistance des excoriations : l'amélioration qu'elles ont pour la première fois présentée ces jours derniers a coïncidé avec une notable atténuation des sensations prurigineuses.

Les adénopathies sont très peu prononcées.

La surface excoriée a offert une grande analogie, dans son aspect, avec l'eczéma végétant : dans les deux cas, en effet, on observe la même persistance des excoriations, les mêmes vésico-pustules, le même suintement séro-purulent, le même prurit, le même siège de prédilection au visage : le diagnostic, au début, n'a pu être fixé que par une biopsie.

Depuis lors, les phénomènes cliniques se sont accentués dans le sens d'un mycosis : le fait le plus important, à cet égard, est le développement de ces nodosités profondément enchâssées dans le derme qui se développent indépendamment de toute formation vésiculeuse et se groupent en cercles. Il faut y ajouter la tuméfaction très considérable du nævus ; ce fait, signalé par l'un de nous et par M. Darier dans le mycosis, ne l'a pas été, à notre connaissance, dans l'eczéma.

Nous avons vu que les résultats de la biopsie peuvent être également invoqués en faveur de ce diagnostic.

Nous formulerons ainsi qu'il suit les conclusions de ce travail :

1. *Le mycosis fongoïde peut se présenter sous l'aspect de vastes surfaces excoriées et saillantes offrant tous les caractères objectifs de l'eczéma végétant, une biopsie est alors nécessaire pour mettre l'observateur à même de formuler un diagnostic ferme ;*

2. *Il peut également revêtir l'aspect sycosiforme ;*

3. Les adénopathies peuvent être inappréciables ou très peu prononcées dans cette maladie;

4. Les nodules peuvent se disposer en circonférences circonscrivant des cercles au niveau desquels la peau paraît être restée saine;

5. Ils peuvent être intradermiques;

6. Leur présence et la tuméfaction des nævi préexistants peuvent, ainsi qu'une biopsie, conduire au diagnostic.

Sur une forme papulo-érythémateuse de tuberculides.

Par MM. HALLOPEAU et LAFFITTE.

Depuis que l'attention a été attirée sur les manifestations non bacillaires de la tuberculose cutanée par les publications de l'un de nous, diverses formes cliniques anciennes ou nouvelles lui ont été rattachées (1); la maladie que nous avons l'honneur de vous présenter nous paraît en offrir un nouveau type: nous résumerons ainsi qu'il suit son histoire pathologique.

Adèle B..., 33 ans, ménagère, a été atteinte d'une pleurésie du côté droit, il y a six ans et demi. Elle a depuis quelque temps une petite toux sèche, sans hémoptysies. Elle a eu quatre enfants, dont trois sont vivants, mais fort chétifs.

Etat actuel, 1^{er} juin 1897. — Au côté droit, qui a été le siège de la pleurésie, la respiration est obscure, surtout au sommet du poumon. Il y a, dans l'aisselle droite, un ganglion mobile, gros comme une noix, subsistant depuis plusieurs années; quelques petits ganglions l'entourent. Au-devant du muscle sterno-mastoïdien du même côté, on sent plusieurs ganglions durs, gros comme des haricots.

Face et tronc. — Ce qui frappe d'abord, à l'aspect de cette femme, c'est une éruption acnéiforme qui lui couvre tout le visage depuis quatre mois. Cette région est uniformément rouge, et, sur ce fond rouge, se voit un semis très confluent d'éléments papulo-tuberculeux, gros comme une tête d'épingle. Cette éruption n'est pas prurigineuse.

Au-devant du cou, la peau est normale, mais, à la partie supérieure du sterno-mastoïdien, on voit, de chaque côté, une série de trois tubercules en ligne verticale, formant des saillies arrondies, dont les plus volumineuses atteignent les dimensions d'un gros pois, et qui pénètrent profondé-

(1) H. HALLOPEAU. *Sur les tuberculoses cutanées distinctes du lupus vulgaire*. Congrès International de Dermatologie. Londres, 1896.

DARIER. *Sur les tuberculides*. Bull. de la Soc. de dermat., 1896.

ment dans le derme. A leur périphérie, on remarque un semis de nodules semblables, mais plus petits.

A la partie postérieure du cou, des tubercules semblables à ceux qui viennent d'être décrits forment, par leur confluence, trois placards d'un rouge vif, échelonnés de haut en bas.

Le supérieur et le plus grand est transversalement situé, et contourné grossièrement en forme d'S. Il mesure 5 centimètres de long et 2 centimètres de haut, et paraît constitué par la confluence de trois ou quatre placards initiaux. Lisse et un peu déprimé au centre, ce grand placard présente un contour nettement dessiné par une large couronne de tubercules érythémateux, indurés, saillants, et s'affaissant sous la pression du doigt.

Les autres placards, situés au-dessous, sont à peu près circulaires et plus petits; leur surface égale à peine celle d'une pièce de 1 franc. Ils sont lisses, déprimés à leur centre, et limités par des tubercules saillants, volumineux, confluent et indurés.

Enfin, autour de ces placards et dans leur voisinage, il y a un léger semis d'éléments papulo-tuberculeux, de la grosseur d'un grain de chènevis ou d'un grain de millet.

Au-devant de la poitrine, on voit aussi quelques éléments rouges, acuminés, indurés, du volume d'un grain de chènevis, avec une croûte au centre.

Mêmes éléments, en petit nombre, sous le sein gauche.

Membres. — Aux coudes, aux avant-bras, on observe des lésions de folliculis. Elles se composent, sur chaque membre, d'une dizaine de nodules du volume d'une grosse tête d'épingle, durs, indolores et surmontés d'une petite croûte. Quelques éléments semblables sont disséminés sur le dos des premières phalanges des mains.

Cette poussée est récente. La malade dit en avoir eu de pareilles chaque année, depuis l'âge de 18 ans; et l'on remarque en effet, sur les avant-bras, d'assez nombreuses cicatrices blanches et petites, stigmates de ces précédentes poussées.

Aux membres inférieurs, ces nodules croûteux ne se voient qu'aux genoux, et au nombre de 4 ou 5 de chaque côté. Au genou droit, l'un d'eux s'est infecté et suppure, ce qui a provoqué une adénopathie douloureuse dans le triangle de Scarpa.

9 juin. L'éruption du visage persiste sans aucun changement. Les placards déjà décrits à la partie postérieure du cou paraissent s'être un peu agrandis; mais ils conservent les mêmes caractères.

Le 22. — Ces placards ont pris des dimensions notablement plus considérables.

Le plus élevé et le plus grand mesure à présent 5 centimètres et demi en travers sur 3 de hauteur, et sa forme est irrégulièrement quadrilatère. Sa partie médiane a pâli, et est en voie de réparation. Son bord supérieur, formé de saillies confluentes, dures, hémisphériques, est large de 2 centimètres. Son bord inférieur ne mesure que 5 millimètres de haut, et se compose de tubercules conglomérés, plus petits. L'extrémité droite de ce placard se continue avec une série linéaire de tubercules, ce qui donne au tout la forme d'une raquette.

Au-dessous et en dehors, se voient toujours les deux autres placards, irrégulièrement circulaires, mesurant chacun 22 millimètres dans leur plus grand diamètre. Leur couleur a pâli, leurs bords saillants se sont affaiblis. Ils sont à présent entourés d'un cercle de croûtes.

En dehors d'eux, le semis de papules indiquant la zone d'extension persiste toujours. On voit en outre, à la région scapulaire, de nouveaux éléments papuleux, soit isolés, soit agglomérés par cinq ou six, et ne présentant aucun poil à leur centre.

L'éruption s'étend jusqu'aux régions sus-claviculaires. Il y a quelques petits tubercules sur la partie postérieure du pavillon de l'oreille.

Il n'a pas été possible de pratiquer une biopsie; néanmoins, nous sommes en droit de considérer comme extrêmement vraisemblable, si ce n'est comme certaine, la nature tuberculeuse des diverses éruptions qui coexistent chez cette malade.

Le fait n'est plus douteux pour les éruptions dites *folliclis* que nous avons signalées aux avant-bras et aux membres inférieurs : depuis les recherches de Leredde et de Bureau et nos observations cliniques, cette démonstration est faite.

Il est dès lors très probable que les masses ganglionnaires de l'aisselle droite reconnaissent la même cause prochaine, et que la pleurésie dont il reste des traces, ainsi que l'obscurité du murmure respiratoire et la toux persistante, doivent être interprétées dans le même sens. S'il en est ainsi, on est conduit à regarder également comme tuberculeuses les éruptions d'aspect anormal que l'on voit se développer sur les parties latérales et postérieure du cou : nous voulons parler de ces placards mesurant plusieurs centimètres de diamètre et représentés par des saillies papulo-tuberculeuses, rouges, indurées et saillantes, ainsi que des semis d'éléments papulo-tuberculeux plus petits qui les entourent.

Cette éruption rappelle l'aspect de certains érythèmes papuleux : elle s'en distingue par sa persistance et la situation plus profonde des tubercules. Elle offre également de l'analogie avec les placards à progression excentrique que l'un de nous a vus se développer à la suite de folliclis disséminés et de poussées pemphigoides; elle en diffère par l'absence d'éléments vésiculeux ou pustuleux; ce même caractère négatif les distingue des folliclis.

Nous avons donc affaire à une forme non encore signalée de tuberculides.

A l'appui de cette manière de voir, nous ajouterons que cette éruption ne peut être classée autre part dans le cadre nosologique : il serait bien téméraire d'émettre l'hypothèse d'une espèce morbide nouvelle, alors qu'il existe concurremment des manifestations multiples et variées de tuberculose.

En est-il de même pour l'éruption acnéiforme de la face? Nous avons tendance à le croire, car cette éruption du visage s'est développée en même temps que celle du dos et elle diffère de l'acné par l'absence complète de lésions suppuratives et de comédons. La conservation d'un état de santé générale relativement satisfaisant et la bénignité des altérations pulmonaires sont d'accord avec ce que l'on observe le plus souvent dans la plupart des tuberculoses de la peau; ainsi que l'un de nous l'a fait remarquer déjà, il ressort des faits cliniques que le contagio tuberculeux, en s'y cultivant, y perd de son activité.

En résumé, cette *malade présente des manifestations multiples et variées de tuberculose cutanée, parmi lesquelles une forme papulo-tuberculeuse en placards signalée pour la première fois.*

Pyodermite eczématiforme.

Par M. PAUL GASTOU.

Le cas dont l'histoire est relatée ci-dessous est du nombre de ceux dont l'évolution clinique fait seule quelquefois le diagnostic. Il rentre dans la catégorie de ces érythrodermies dont la durée est longue et dont la marche est sujette à des modifications d'aspect éruptif, à des variations qui feraient croire d'un mois à l'autre qu'il ne s'agit plus du même malade.

C'est ce qui est arrivé ici, et depuis deux mois que la malade est dans le service de M. le professeur Fournier, l'éruption s'est totalement modifiée; de pustuleuse elle est devenue eczématiforme, mais offre cependant des caractères tout particuliers qui ne rentrent pas dans un cadre déterminé.

La malade est âgée de 32 ans, elle est cuisinière et assez fortement entachée d'éthylisme, démontré par des pituites matinales, des crampes dans les mollets, des cauchemars terrifiants, une sensibilité cutanée obtuse et la diminution marquée des réflexes.

Il faut aussi signaler une particularité importante de son passé pathologique: une fausse couche, qui s'est produite il y a 2 ans environ, et a été suivie d'accidents puerpéraux dus à une rétention placentaire.

En dehors de cet accident, elle n'a jamais eu de maladies sérieuses. Régliée à 18 ans, et toujours depuis régulièrement, elle a eu deux enfants et une fausse couche. C'est de la naissance de son dernier enfant atteint de pied bot, comme l'est lui-même son oncle paternel, que date le début des accidents actuels.

Je dois dire, incidemment, qu'aucune maladie héréditaire n'est à relever dans les antécédents de la malade. Son père et sa mère ont 75 ans et se

portent bien, elle a eu 7 frères et sœurs, 2 sont morts en bas âge, les cinq autres sont bien portants.

La malade n'a pas de stigmates nerveux. Quelque temps avant la naissance de son dernier enfant, c'est-à-dire il y a 8 mois environ, elle aurait eu un rhume de cerveau qui se serait accompagné de croûtes dans le nez, et, dit-elle, d'eczéma des narines.

C'est pendant qu'elle allaitait son dernier né, que, à la suite d'un refroidissement, dit-elle, se produisit aux seins une lésion qui entourait le mamelon et amena un gonflement de toute la région. Les seins étaient gonflés, douloureux, le mamelon suintant, croûteux, crevassé. Elle fut alors obligée de cesser l'allaitement, et vit alors survenir à la vulve et au cou des placards éruptifs rouges et suintants, légèrement prurigineux. En même temps les lésions des seins s'étendaient, gagnaient progressivement la poitrine, de nouveaux placards apparaissaient sur les membres, le tronc, la face, et en deux mois l'éruption était généralisée, respectant cependant la paume des mains et la plante des pieds, s'accompagnant de sensation de froid et de frissons, mais sans déterminer de prurit intense.

Quand la malade vint dans le service en mai 1897, l'éruption affectait l'aspect d'une érythrodermie généralisée. Cependant il existait, et il existe encore des espaces de peau saine; c'est ainsi que sous les seins, aux plis articulaires, l'éruption manquait et manque encore.

Sauf ces points, tout le tégument avait une couleur rouge violacée, rouge sombre aux membres inférieurs, il était recouvert de fines squames, de consistance grasseuse et revêtant aux lombes, à l'abdomen, l'aspect de croûtelles, tandis qu'à la face et au cuir chevelu c'était plutôt le masque séborrhéique.

Le suintement séreux à ce moment était des plus abondants. Les ongles et le système pileux étaient et sont encore intacts.

La particularité la plus importante à signaler, était l'abondance des éléments pustuleux. Le corps était couvert dans toute son étendue de petites pustules, analogues à celles du sycosis. Il existait en outre des abcès du sein, de l'aisselle et des adénopathies multiples : axillaires, inguinales, cervicales.

On ne notait aucune modification viscérale. Il n'y avait ni sucre ni albuminurie.

Cet aspect objectif ne pouvait suffire à lui seul à établir un diagnostic, que ne venaient pas du reste faciliter les renseignements fournis par la malade. Était-ce un eczéma séborrhéique, modifié, irrité; s'agissait-il d'une éruption prémycosique, ou bien d'une dermatite de nature indéterminée?

Une biopsie fut faite sur la cuisse, à la partie antérieure.

L'examen des coupes montre surtout des altérations sous-papillaires et la présence de petites suppurations intra-épidermiques et dermiques.

L'épiderme est desquamé à sa surface et sa limite externe est formée par une couche de cellules à granulations colorées, sans altérations appréciables. Dans les couches sous-jacentes quelques cellules polygonales vasculaires, mais il n'y a pas là une altération dominante. La couche de Malpighi n'offre rien à signaler, et la migration cellulaire est

peu marquée dans les interstices cellulaires, sauf en certains points où alors elle constitue de véritables amas leucocytaires.

Ces amas perforent toute l'épaisseur de l'épiderme et s'étendent dans la papille sous-jacente, jusque sur la zone vasculaire sous-papillaire sur laquelle ils sont comme pédiculés. Ce sont surtout des cellules à noyau unique, à protoplasma peu abondant, qui forment ces amas : il s'agit de véritables abcès sous-épidermiques, miliaires.

Les papilles sont hypertrophiées, non par l'augmentation des réseaux lymphatiques, ni par l'œdème, mais par une prolifération cellulaire active, constituée à la fois par des leucocytes mono et polynucléaires.

Cette prolifération n'est que la continuation d'une infiltration périvasculaire prédominante, il y a autour des vaisseaux de véritables manchons leucocytaires. Ces vaisseaux sont du reste dilatés.

Profondément et dans les régions sous-papillaires on est frappé de l'abondance des éléments musculaires qui forment une sorte de fascia entre les papilles et les glandes sudoripares. Celles-ci sont du reste légèrement altérées et leur endothélium est gonflé et desquamé par places. Les fibres élastiques sont également nettes et développées.

A de forts grossissements, et à l'aide de réactifs capables de déceler les modifications cellulaires (réactif de Biondi, thionine, éosine, etc., etc.), on aperçoit quelques mastzellen autour des vaisseaux sous-papillaires, mais ces cellules sont en petit nombre. Il semble bien que par places il y ait l'ébauche d'un réticulum.

Mais ce ne sont pas là des caractères saillants, comparables à la constatation de cette infiltration leucocytaire et des petits abcès miliaires.

La malade fut soumise à des traitements multiples et surtout aux enveloppements d'emplâtre à l'oxyde de zinc, aux douches tièdes, à l'arséniate de soude.

En présence des pustules qui s'étendaient et des abcès multiples, on lui administre des bains de naphтол В, à la dose de 10 grammes par bain et deux bains par semaine.

Ces bains semblent avoir produit une atténuation manifeste et la malade dit en retirer un soulagement marqué.

Les pustules ont disparu, il n'y a plus de suppuration, ni d'abcès.

L'état actuel est le suivant :

L'érythrodermie persiste, avec une coloration rouge intense, très accentuée aux membres inférieurs. Aux lombes, à l'abdomen, au cou, la peau est très épaissie, formant des plis épais et saillants ; il y a là une véritable lichénification en masse. Sur ces parties il n'y a plus de pustules, mais des petites squamules très fines, farineuses, grasses.

A la face et à la tête on dirait plutôt l'aspect d'un eczéma séborrhéique, tandis qu'aux parties épaissies, surtout avec l'hypertrophie ganglionnaire généralisée, on croirait voir une érythrodermie mycosique.

Une nouvelle biopsie a été faite sur la face externe du bras droit :

Sur les coupes on ne trouve plus d'abcès, l'infiltration leucocytaire a notablement diminué dans les régions papillaires et sous-papillaires, mais constitue cependant le caractère essentiel, prédominant de la lésion.

Le nombre et la fréquence des mastzellen n'ont pas augmenté. Le réticulum n'est pas plus visible.

Sur ces nouvelles coupes, on constate cependant une particularité des plus importantes : il existe des nerfs, dont la section montre un tiers au moins des faisceaux nerveux dont le cylindraxe a disparu. On ne voit plus qu'une gaine et de la myéline. Autour de ces nerfs et des vaisseaux qui les environnent existe une infiltration leucocytaire marquée.

Que conclure de cette histoire clinique et de ces examens histologiques ? Quelle est la nature de cette affection ?

S'agit-il d'un eczéma modifié, d'un mycosis, d'une dermatite d'un genre particulier ?

Je laisse de côté la discussion de l'eczéma, car, tellement d'affections entrent dans ce groupe qu'on peut le dire à l'heure actuelle indéterminable.

Plus difficile est de savoir s'il ne s'agit pas d'une éruption pré-mycosique. Ici j'avoue que le problème me paraît plus difficile. Si l'on se rapporte aux publications de M. Leredde, on trouve dans l'étude des coupes quelques-uns des caractères qu'il a rencontrés dans le mycosis et en particulier les groupements d'amas leucocytaires et les mastzellen.

Mais je ferai remarquer combien ici prédominaient au début les pustules, les abcès miliaires, combien les bains de naphtol et l'antisepsie cutanée ont modifié les lésions. Cela se voit-il dans le mycosis, et celui-ci crée-t-il des abcès miliaires ?

Pour ma part, je pense qu'on peut ici incriminer à la fois l'altération nerveuse, névrodermite, qui jouerait le rôle de cause prédisposante, et l'infection tégumentaire pyogène, qui serait la cause occasionnelle.

En effet, chez cette malade, il y a eu antérieurement, d'une part, des accidents puerpéraux, rétention de débris placentaires qui peuvent avoir été l'origine de névrites périphériques. Il y a eu, d'autre part, au début de l'érythrodermie actuelle, des accidents suppurés du mamelon et du sein consécutifs à une suppuration d'allaitement, accidents qui ont été les points d'où sont partis les placards éruptifs successifs et les suppurations multiples.

Je crois donc ici à une dermatite, de nature ignorée, mais que l'on pourrait ranger dans les pyodermes, expression vide de sens encore, mais aussi significative pathogéniquement que les névrodermites.

Cette pyodermite, due au staphylocoque, revêt ici un aspect eczématiforme, et ce qui serait en faveur de la réalité de son existence c'est l'effet excellent produit par les bains de naphtol et l'antisepsie cutanée qui, s'ils n'ont pas guéri la malade, l'ont beaucoup soulagée.

Hérédo-syphilis et para-hérédo-syphilis directe, c'est-à-dire de première génération. Tares du système nerveux. Cas de tabes dans la jeunesse.

Par M. BARTHÉLEMY.

La syphilis acquise est un poison très actif pour le système nerveux, et, à l'appui de cette assertion, M. Fournier a publié des observations et des statistiques concluantes. Dans ses livres, notamment dans son beau livre sur la syphilis héréditaire tardive, l'action nocive sur le système nerveux est déjà étudiée. Depuis les travaux ultérieurs soit de notre maître, soit de ses élèves, une foule de faits ont été observés prouvant que l'hérédité syphilitique constitue la condition la plus favorable aux déchéances, aux altérations, au défaut de résistance, aux dégénérescences et finalement à la faillite du système nerveux, cérébral et médullaire, central et périphérique, systématisé et partiel. Ce n'est pas le lieu d'ouvrir ici la discussion sur l'étiologie de tant de maladies nerveuses, allant de la neurasthénie à la paralysie générale, de la vésanie à la folie, de la simple névrite et de la paralysie parcellaire à la paraplégie, à l'hémiplégie et à une foule d'autres affections systématisées ou non. Qu'on supprime la syphilis, disais-je déjà, en 1889, dans mon livre « *Syphilis et santé publique* », et l'on verra combien grand sera le nombre de tabes, de paralysie générale, etc., qui disparaîtront.

L'hérédo-syphilis a été particulièrement étudiée à ce sujet dans ces derniers temps, même par l'école de la Salpêtrière, si longtemps réfractaire à ces notions, acceptées et défendues pourtant par un grand nombre des maîtres des maladies nerveuses et mentales à l'étranger. Kyelberg notamment ne proclamait-il pas, il y a déjà de longues années, que la paralysie générale est d'origine syphilitique et qu'elle ne se montre pas, par le seul fait de l'alcoolisme par exemple, tant que la syphilis n'a pas fait son apparition. Quoi qu'il en soit, je mentionnerai ici seulement les travaux du professeur Raymond et de Régis sur la paralysie générale d'origine syphilitique, de Gilles de la Tourette sur les myélites hérédo-syphilitiques, de Gasne, sur l'hémimélie par hérédo-syphilis, de Moncorvo sur la sclérose en plaques, de Spillmann et de ses élèves sur la folie syphilitique et hérédo-syphilitique, et je résumerai en passant une observation personnelle d'hydrocéphalie par méningite chronique probable, et où l'hérédité syphilitique ne peut être mise en doute. Il s'agit d'un enfant âgé de 8 mois aujourd'hui, qui est né à terme et dont l'hydrocéphalie, commencée 3 semaines après la naissance (l'accoucheur, D^r Champetier de Ribes, avait seulement constaté que la tête était un peu forte),

est devenue peu à peu considérable. Au 6^e mois, quand je vois l'enfant pour la première fois, il mesure 52 centimètres de circonférence crânienne. Il n'a jamais présenté, pas plus que sa mère pendant la grossesse et après la couche, aucun phénomène suspect, excepté une onyxis très légère, sèche mais érosive, symétrique, des 4 pouces, apparue vers la fin de la grossesse, alors considérée comme simple trouble trophique, et où je crois reconnaître l'onyxis sèche spécifique à laquelle je faisais allusion dans une des dernières séances de la Société. Depuis que sans interruption je sou mets l'enfant aux frictions hydrargyriques (2 gr.) et à l'iodure (0,50), l'état général est devenu excellent; l'enfant grandit, grossit, se fortifie, mais la tête ne diminue pas. 30 mai, première ponction-lombo-sacrée pratiquée par le D^r Chipault. Deuxième ponction, 27 juin. L'écoulement démontre la présence de loges et de cloisons, indices de méningo-myélite chronique latente bien tolérée, développée sans réaction symptomatique autre que l'exagération du liquide céphalo-rachidien. Syphilis paternelle non traitée, bénigne, datant de 9 ans.

Cet enfant est physiquement vigoureux; peut-être survivra-t-il. Il semble qu'il commence à être envahi par l'empatement myxoédémateux. En tout cas, il ne fera certainement qu'un *minus habens*, qu'un être arriéré, retardé, idiot, imbécile. Et, en effet, il y a peu de causes qui produisent autant de ces déplorables effets que l'hérédité syphilitique, dont l'influence dystrophique est vraiment ici des plus actives. Dans les quelques faits auxquels je pense en formulant cette proposition, il s'agit de syphilis paternelle, datant de 7 ou 8 ans avant le mariage, déjà ancienne, bénigne, mais fort malet fort insuffisamment traitée dans un cas, et pas du tout dans l'autre. Ce sont des faits parasymphilitiques, selon la belle expression de Fournier, qui, dans d'autres cas, plus rares, peuvent cependant être sous l'influence directe de lésions et d'altérations franchement syphilitiques, ce qui explique la grande différence d'action de la médication spécifique dans tel cas ou dans tel autre. Mais que l'action dystrophique de l'hérédité syphilitique soit directe ou indirecte, nous sommes loin encore d'en avoir la démonstration; tout ce que nous pouvons faire actuellement, c'est d'attirer l'attention des observateurs sur la déchéance rapide de la race sous l'influence de la syphilis survenant dans certaines conditions.

Je rapporte à l'appui de cette thèse un cas de tabès chez une jeune fille de 19 ans portant des stigmates de l'hérédo-syphilis ou de la syphilis infantile et notamment des cicatrices typiques aux jambes, autour de l'anus et de la vulve, comme le prouvent ces photographies.

Le traitement spécifique n'a cependant jamais été pratiqué chez cette malade, et vers la 19^e année le tabès a apparu. Aujourd'hui la malade a 22 ans et le tabès est constitué. Depuis 3 mois qu'elle est soumise au traitement spécifique par les frictions quotidiennes de 2

à 4 grammes d'onguent napolitain et par l'ingestion intermittente de deux grammes d'iodure de potassium par jour, la malade va infiniment mieux, mais il est évident qu'il y a des éléments nerveux irrémédiablement détruits et sclérosés et que la guérison définitive et complète ne pourra jamais être obtenue. Rappelons en passant que l'hérédosyphilis est souvent monosymptomatique.

Voici d'autre part trois faits, dont deux avec autopsie, de paralysie générale progressive chez des enfants âgés de 10 à 12 ans et demi. Deux de ces enfants semblent n'avoir jamais présenté de lésions syphilitiques, mais sont issus de pères atteints de syphilis avérée; le troisième était porteur d'une glossite spécifique des plus nettes, l'origine de la syphilis restant ignorée.

Ces observations me paraissent mériter d'être lues et méditées, c'est pour cela que je vais les présenter avec plaisir, *in extenso*, de la part de notre excellent collègue nancéien, M. le Dr Haushalter, en y joignant celle du tabès hérédosyphilitique dont je viens de vous entretenir et qui a été soigneusement recueillie par nos internes, MM. Poirson et Gagnières, que je remercie.

Marie-Louise L..., fille soumise depuis 1893, âgée de 22 ans, entrée à Saint-Lazare dans le service de M. Barthélemy, à la salle II, le 16 février 1897.

Cette femme a fait quatre séjours avant celui-ci dans le service.

Le dernier date du mois de juillet 1896, le premier du 15 janvier au 29 mai 1894. Son observation, inscrite au n° 377 du registre, porte la mention :

Blennorrhagie (urèthre, vagin). Léger catarrhe du col.

Uréthro-méto-vaginite blennorrhagique, phthiriase.

Lors de son dernier séjour, la malade resta 35 jours à l'infirmerie.

Le 16 février 1897, cette femme entre à Saint-Lazare, sur sa demande, désirant se faire hospitaliser dans la maison. Elle demande à monter à l'infirmerie, étant faible et amaigrie, et presque incapable de marcher. On l'examine, on l'interroge et voici ce que l'on apprend et l'on constate :

Antécédents héréditaires. — La mère est morte d'une maladie de cœur à 54 ans. Elle ne connaît pas son père. Elle a sept frères et sœurs dont deux sont malades. L'un à 7 ans, et l'autre à 18 ans tombaient en attaques, d'ailleurs non épileptiques, d'après la description qu'elle en fait. Elle-même est née la dernière.

Son histoire pathologique ne présente rien de bien spécial jusqu'à l'époque actuelle. Pas de fièvre typhoïde, pas de scarlatine, jamais de diphtérie.

Elle n'est pas alcoolique. Réglée à 16 ans, elle a ses premiers rapports sexuels à 15 ans et demi, et elle commence à se prostituer à 16 ans et demi. Jamais on n'a remarqué sur elle le moindre symptôme d'infection syphilitique.

Il y a 2 ans et demi, en 1894, elle a une grossesse qu'elle mène à terme.

Son enfant, bien constitué, meurt à 6 semaines d'une hémorrhagie anale (?). L'accouchement avait été fait à Lariboisière par M. Porak. Le 30 septembre 1896, elle fait une fausse couche de 6 mois et demi.

C'est cinq semaines après cet accident, au moment de son retour de couches, qu'ont apparus les premiers symptômes de l'affection actuelle qui l'a amenée à se faire hospitaliser. (Dans l'intervalle, aucune maladie infectieuse.) Voici dans quel ordre se sont succédé les symptômes.

Dans la première semaine d'octobre 1896, elle a ressenti dans la jambe droite une sensation de faiblesse qui a augmenté progressivement; il n'y avait aucun trouble de la sensibilité, aucune sensation paresthésique. Quinze jours après, la jambe gauche se prend. Depuis le mois de décembre 1896, les jambes commencèrent à diminuer de volume. En même temps, la malade ressentit des douleurs à type franchement fulgurant.

On ne trouve pas traces de céphalées nocturnes; cependant, depuis un mois environ (janvier 1897) elle s'est aperçue d'une amblyopie graduellement croissante, portant en même temps sur les deux yeux. Jamais de diplopie.

Examen de la malade. — Cette malade est affaiblie, notablement amaigrie. Elle se tient difficilement debout sans aide. Elle présente le *signe de Romberg*. Elle marche à petits pas, steppe, pose tout le pied par terre. Elle n'a pas perdu la sensation du toucher pendant la marche.

On fait coucher la malade et on constate que le pied ne tombe pas. Il n'existe pas de tremblement épileptoïde. *Le réflexe patellaire est totalement aboli*. Les secousses musculaires sont très nettes au repos. Le sens musculaire semble être conservé; mais elle hésite à lever la jambe, et elle met près d'une minute à la détacher du plan du lit. *Il n'y a pas d'incoordination nette*. Cependant, la jambe part brusquement au moment où elle la soulève. Les douleurs fulgurantes datent d'une époque antérieure à sa fausse couche (février 1896).

Examen de la sensibilité. — Retard très net à la douleur, au contact, au chaud et au froid. Le retard de la sensibilité est un peu plus prononcé à la jambe droite. Devenue très irritable, la malade pleure facilement, elle est très impressionnable. Pas de troubles de la parole.

Fréquents tremblements des lèvres et du menton. La langue ne tremble pas. Pas de paralysie générale. Nystagmus intermittent. Troubles vasomoteurs périphériques très accusés.

Érythème émotif scarlatiniforme au thorax, moins fort aux jambes, en plaques géographiques à bords irréguliers, dentelés, jetés au hasard, mais plus rares à la face dorsale des bras. Kératose pileaire. Cutis anserina.

Pas de troubles sphinctériens. Ptosis de la paupière droite. Pupilles normales, ne bougeant ni à l'accommodation ni à la lumière. Atrophie de la jambe gauche. En mesurant à 15 centimètres de la pointe de la rotule, on trouve 0^m,25 de circonférence alors que la jambe droite présente 0^m,26. Peu de coordination dans le croisement des jambes. Dyschromatopsie récente. La malade ne voit pas le rouge.

Gustation. — Conservée, mais avec du retard.

Cicatrices. — On remarque sur le corps de cette femme une série de cicatrices particulièrement intéressantes :

1° Sur la *jambe droite*, à environ 8 à 10 centimètres en arrière, on voit une cicatrice lisse, à bords réguliers, datant de la première enfance, blanchâtre, et large comme 20 centimètres.

2° *A la vulve*, sur la grande lèvre droite, une cicatrice blanchâtre, à bords circulaires, de la dimension d'une pièce de 20 centimes, que la malade dit remonter également à la première enfance.

3° Sur la fesse droite, une cicatrice à droite du pli interfessier et deux autres un peu plus haut, la première large comme une pièce de 50 centimes, les deux autres larges de 50 millimètres.

4° Sur la fesse gauche, à environ 5 centimètres du pli interfessier sur la partie culminante de la fesse, 2 petites cicatrices larges de 1 millimètre, lisses, nettement circulaires.

5° Au milieu de la région lombaire, une toute petite cicatrice moins nette que les précédentes.

6° Une autre petite cicatrice au niveau de la pointe de l'omoplate gauche.

La malade, qui s'observait bien, n'a jamais remarqué aucune maladie vénérienne, et affirme que toutes ces cicatrices datent de son enfance.

Dentition. — Du côté de la dentition, on remarque que les dents ont subi un arrêt de développement, surtout les incisives médianes supérieures et inférieures qui portent à leur centre de petites dépressions, et sur chacune de ces dents, une petite perte de substance médiane grosse comme une tête d'épingle.

Trois cas de paralysie générale progressive chez l'enfant.

Par M. P. HAUSHALTER.

Bien que d'assez nombreux exemples de paralysie générale progressive dans le jeune âge ou l'adolescence aient été donnés depuis que l'attention a été attirée sur la question, en particulier par le professeur Fournier, il est nécessaire cependant actuellement encore de faire connaître tous les cas nouveaux, capables d'éclairer l'étiologie et la symptomatologie de la maladie dans ses formes infantile et juvénile. Depuis un an, le hasard m'a permis d'observer trois cas de paralysie générale chez des enfants : deux fois l'autopsie et l'étude des coupes histologiques du système nerveux, que je dois à l'habileté de mon interne M. Charles Thiry, m'ont permis de vérifier le diagnostic ; le troisième malade, chez lequel les symptômes ne paraissent prêter à aucune confusion, est encore soumis aujourd'hui à mon observation.

Obs. I. — *Paralysie générale progressive chez une fillette de 12 ans. — Père obèse, diabétique; mère nerveuse, eczémateuse; syphilis d'origine inconnue chez l'enfant: glossite syphilitique. Signes somatiques habituels de la paralysie générale; démence progressive; mort dix-huit mois environ après le début de la maladie. — Lésions cérébrales classiques de la paralysie générale; lésions d'aortite.*

M. B..., fillette de 12 ans, entrée à la clinique des enfants le 20 mai 1896, morte le 7 juillet 1896.

Père, obèse, pesait 200 kilos, alcoolique, avait lui-même deux sœurs obèses. Mort, à 46 ans, diabétique.

Mère, 47 ans, rhumatisante, eczémateuse, très nerveuse.

Ont eu 3 enfants: 1 garçon de 22 ans, un garçon de 17 ans, bien portants.

En bas âge, M. B... a été placée en nourrice à la campagne, où elle est restée 28 mois. Elle a bu le lait de plusieurs femmes.

A 7 ans, elle a eu des abcès froids du cou. Pas d'autres maladies. Tempérament mou, apathique.

Vers décembre 1895, on a constaté les lésions qu'elle porte actuellement à la langue.

Au printemps de 1895, on s'est aperçu pour la première fois du changement de son caractère. A la mort de son père, survenue à cette époque, elle n'a paru ressentir aucun chagrin. Peu à peu, elle a perdu la gaieté et a cessé de jouer. Elle, qui était autrefois intelligente, elle ne parle plus spontanément. Elle a fréquemment des envies de dormir; elle ne s'occupe de rien. Depuis le commencement de 1896, la mémoire a beaucoup baissé; la parole est devenue embarrassée, difficile; les mouvements sont maladroits; le tremblement est apparu dans les mains; elle urine au lit. Coquette autrefois, elle est devenue absolument indifférente à la toilette.

État actuel. — Fille grande pour son âge, assez grasse. Tempérament lymphatique. Traces d'abcès froids au cou. Mains bleues, froides, livides. La langue est large, épaisse, décapillée, sillonnée de fissures circonscrivant de petites surfaces surélevées; consistance dure (*langue parquetée*).

Inégalité pupillaire: pupille droite rétrécie. Les pupilles réagissent à l'accommodation, mais réagissent mal à la lumière; la parole est lente, pâteuse, bredouillée. La physionomie est inerte, bête.

Pas de troubles dans les doigts, lorsque la main est étendue; léger tremblement dans la main gauche, pendant les mouvements intentionnels. Les mouvements dans les membres supérieurs sont lents, hésitants, maladroits. L'enfant cependant arrive à travailler au crochet, ce qu'elle fait machinalement une partie de la journée.

La marche est lente, pesante, maladroite, trébuchante. Réflexe rotulien exagéré des deux côtés; tremblement épileptotique dans le pied gauche.

Incontinence des selles et des urines.

Pas d'atrophie des muscles.

Stupidité complète. L'enfant rit par moments d'un air niais, ou se met à pleurer sans motif. Demeure assise où on la place, le regard vague, inactive,

indifférente à ce qui se passe autour d'elle. Reste en plein soleil sans chapeau, sans paraître souffrir de la chaleur.

En juin et juillet, l'état s'aggrave. L'enfant ne mange plus seule, elle reste assise, pendant un temps indéfini, sans mouvements. Au bout de la journée, les bras sont pris de tremblement qui l'empêche de se déshabiller. Bien qu'en plein été, les mains sont bleues, glacées. On voit apparaître sur tout le corps de grands placards bleuâtres polycycliques. A la fin de juillet, elle ne peut plus se lever, tombe dans une sorte d'état typhoïde. Les lèvres deviennent fuligineuses; le pouls petit, irrégulier, inégal; la température pendant quelques jours oscille entre 38° et 39°.

L'enfant succombe le 27 juillet.

AUTOPSIE. — Œdème et congestion des deux poumons. Pas de tubercules.

Cœur pâle, un peu dilaté.

Aorte : *lésions d'aortite*; au niveau de la crosse et de la partie descendant de l'aorte, existent, au nombre de 4 ou 5, de grosses papules surélevées, blanchâtres, légèrement ombiliquées au centre, de la dimension d'une pièce de 50 centimes. A côté, une série de petites papules grosses comme une tête d'épingle, ou comme un grain de chènevis.

Sur des coupes pratiquées au niveau d'une de ces papules, on constate que l'élevure est due à un épaississement de la tunique interne, transformée par places en une masse de tissu vaguement fibrillaire, riche en cellules fusiformes. A ce niveau, on observe une infiltration et une dissociation de la tunique moyenne par des faisceaux de tissu conjonctif, venant de la tunique externe. De nombreux vaisseaux de néoformation dans la tunique moyenne et les parties épaissies de la tunique interne.

Foie gros et gras.

Rate très volumineuse.

Rein pâles.

Système nerveux. — Œdème sous-arachnoïdien. Congestion des méninges. *Louchissement des méninges* très accentué surtout au niveau des zones frontales. Par places, au niveau des scissures, on constate le long des vaisseaux des tractus ou un petit pointillé blanchâtre. Vues par transparence, à travers les méninges, les *circonvolutions sont amincies, affaissées*, surtout au niveau des *circonvolutions frontales*. Au palper, rénitence marquée des circonvolutions cérébrales, surtout au niveau de la région frontale; la rénitence va en diminuant dans les régions sphénoïdales et occipitales. Après décortication, on constate un épaississement considérable des méninges, qui sont louches, injectées. Par places, surtout aux régions frontales, les *méninges sont intimement adhérentes à l'écorce*, et, après décortication, elles laissent de *petites excoriationes* toutes superficielles, grandes comme une pièce de 20 centimes environ, à *fond rosé, piqué, rugueux*. La reste de la substance cérébrale après décortication se montre *ratatiné, d'une teinte gris blanchâtre*. Les scissures et les sillons sont plus profonds qu'à l'état normal, et les circonvolutions rétrécies.

Examen histologique du système nerveux. — *Cerveau :* coupes colorées à hématoxyline-éosine, thionine-éosine, fuchsine, toluidine, bleu de méthyle.

Épaississement des méninges, infiltrées par des cellules rondes tassées. Vascularisation interne des méninges; épaississement de la paroi des vaisseaux méningés.

De la face profonde des méninges partent de nombreux vaisseaux dilatés pénétrant dans l'écorce cérébrale.

Amincissement de la substance grise, qui est envahie par une abondance extrême de capillaires et de petits vaisseaux à paroi embryonnaire ou fibreuse. Abondance énorme de cellules névrogliques; sclérose névroglique très accentuée; abondance de cellules rondes. Cellules nerveuses peu distinctes au sein du tissu névroglique. Peu de cellules pyramidales: celles qui sont visibles sont allongées, rétrécies, déformées. Ces lésions sont bien plus marquées dans les régions antérieures que dans les régions postérieures du cerveau.

Dans la moelle: sclérose légère des cordons pyramidaux, et dans la région cervicale, atrophie nette des cordons de Goll.

Obs. II. — *Paralysie générale progressive chez un garçon de 12 ans et demi.*

Père névropathe, syphilitique; mère tuberculeuse; grand-père et oncle maternel simples d'esprit. Seul survivant de 7 enfants. Début de la maladie au printemps de 1896: signes somatiques classiques de la paralysie générale; démence progressive. Mort subite par ictus comateux en octobre 1896. Lésions cérébrales habituelles de la paralysie générale; myocardite interstitielle légère; glomérulite scléreuse et léger degré de néphrite interstitielle.

W. J..., 12 ans et demi, entre à la clinique des enfants le 15 août 1896; mort le 21 novembre 1896.

Père, 36 ans, peintre, névropathe à l'excès, a eu à l'âge de 20 ans un chancre induré du prépuce; ne suivit aucun traitement pour cette syphilis. Se maria à 24 ans.

Mère, morte à 30 ans, tuberculeuse; son père et un de ses frères sont simples d'esprit.

Du mariage sont nés 7 enfants.

1^{er} Mort-né à 8 mois.

2^e Mort-né à terme.

3^e Mort de convulsions à 4 mois.

4^e Mort-né à terme.

5^e Mort à 8 jours.

6^e Notre petit malade.

7^e Fillette chétive morte à 21 mois avec des déformations osseuses.

Le petit malade, élevé à la campagne, ne présente rien d'anormal dans son enfance; il était intelligent.

Vers la fin du printemps de 1896, vers l'époque de la première communion de l'enfant, on s'aperçut du changement de son caractère: il ne retenait pas son catéchisme, la mémoire s'en allait petit à petit, l'enfant devenait stupide, hébété, maladroit. Depuis le mois de mai, la parole est difficile, embarrassée; depuis le mois de juillet, la mémoire a baissé considérablement. Quelques jours avant son entrée à l'hôpital, a tenu sa cuillère à l'envers pour manger son potage. Une autre fois, a enlevé ses vêtements au lieu de s'habiller.

Etat actuel, 15 août. — Enfant assez grand, bien constitué, bien musclé.

Pas d'altération des dents, ni des os. Fonctions digestives, circulatoires, respiratoires normales. Facies inerte, niais, un peu vieillot. Les mains, les oreilles, les joues sont généralement violacées, bleuâtres, froides.

Pupilles inégales; elles réagissent très peu à l'accommodation et un peu à la lumière. *La parole est lente, tremulente, hésitante*. Difficulté de prononcer les mots contenant des *r*. Au moment où l'enfant va parler, *les lèvres sont animées de petits tremblements*. Quand on fait réciter une fable ou une prière à l'enfant, certaines syllabes sont oubliées et des fragments de fable passés.

La langue est animée de tremblement en masse, et de tremblement fibrillaire à la pointe.

La marche se fait facilement, mais elle est un peu lourde. Exagération légère du réflexe patellaire, tremblement épileptoïde du pied. Lorsque l'enfant écarte les doigts, ils sont animés de *petits tremblements* et par moments de *légères secousses*. Les mouvements des membres supérieurs ne sont pas très maladroits, l'enfant dessine et écrit assez correctement.

L'enfant est facile, obéissant, fait les commissions, aide l'infirmière. Il s'habille et mange seul, joue tranquillement tout seul, mais il n'a aucune mémoire; il est indifférent à tout, ne se rend pas compte où il est, sourit béatement quand on le regarde, ou pleure sans motif.

Jusqu'au mois d'octobre, l'état mental ne subit aucun changement très notable et à peine les signes somatiques se sont-ils légèrement accrus. De temps en temps, tous les huit jours environ, le petit malade est pris de mal de tête, pendant lequel il vomit, pâlit, et est obligé de garder le lit.

Le 4 novembre, après avoir passé la veille une journée comme toutes les autres, l'enfant est trouvé à deux heures du matin dans un état de coma complet avec résolution des membres, cyanose, respiration stertoreuse, pouls incomptable; il succombe à midi.

AUTOPSIE. — Le pannicule adipeux sous-cutané est très développé. Congestion et œdème des deux bases des poumons en arrière, avec quelques ecchymoses sous-pleurales.

Cœur : Myocarde dur, ferme. Épaisseur du ventricule gauche, 1 à 2 centimètres. Sur la section du myocarde on constate de petites traînées blanchâtres. Au microscope, *myocardite interstitielle diffuse légère*. En certains points, épaississement des tuniques artérielles.

Congestion veineuse des reins. Substance rénale assez ferme. On constate à la section de la substance corticale un très fin pointillé rouge, constitué par les glomérules. A la coupe, au microscope, *épaississement des parois artérielles*. Quelques artéριοles présentent une obstruction presque complète de leur lumière. En certains points, partent de la tunique externe des vaisseaux, de courtes travées en étoile. Épaississement léger des capsules de Bowman. *Atrophie d'un grand nombre de glomérules* dont la structure n'est plus apparente, et qui sont envahis par des amas de cellules fusiformes.

Encéphale : Poids du cerveau 1,100 grammes, vascularisation considérable des méninges. *Etat louche, laiteux des méninges*, surtout dans les

régions fronto-pariétales ; enfin çà et là quelques petits points blanchâtres, disséminés, surtout dans la région occipitale. D'une façon générale le cerveau paraît ratatiné, les circonvolutions sont amincies, aplaties, surtout au niveau des régions frontales où il se termine en pointe.

Après décortication du cerveau on note, dans la région frontale, jusque dans la région frontale ascendante exclusivement, une teinte franchement hortensia de l'écorce, avec un fin pointillé bleu violacé. A ce même niveau, la surface des circonvolutions est râpeuse. Au milieu de ces parties hortensia, piquetées, râpeuses et aplaties, on voit çà et là de petits placards de substance cérébrale surélevée, d'aspect normal. En enlevant les méninges, on détermine par places de petites ulcérations superficielles de l'écorce.

En arrière de la frontale ascendante, les circonvolutions sont plus arrondies, d'un jaune mastic piqueté de violet.

A la coupe du cerveau, les circonvolutions frontales présentent un amincissement très notable de la substance grise. La substance blanche a une teinte lilas clair, piqueté de violacé.

Examen histologique de l'encéphale. — Dans la région frontale antérieure, les méninges épaissies et d'une façon générale infiltrées de cellules rondes présentent par places un épaississement bien plus notable, au niveau desquels, au milieu d'amas de cellules rondes, on voit des vaisseaux dont la paroi est absolument envahie par ces mêmes cellules. Des méninges partent de nombreux tractus vasculaires pénétrant dans l'écorce. Dans l'écorce cérébrale, néoformation vasculaire très abondante. Les artérioles coupées en travers présentent les signes d'une endartérite oblitérante. Élargissement de la gaine lymphatique des vaisseaux, et infiltration de cette gaine par des cellules rondes. Sclérose névroglique très accentuée de l'écorce. Déformation des cellules nerveuses. Un grand nombre de cellules pyramidales sont atrophiées, amincies, allongées.

OBS. III. — *Paralysie générale progressive chez un garçon de 10 ans. Père syphilitique ; grand-père maternel mort alcoolique invétéré ; mère nerveuse ; grand-père maternel mort jeune d'une affection cérébrale ; grand-mère maternelle hémiplegique. Deux enfants vivants sur sept grossesses, dont le petit malade. Début de la maladie par les signes classiques vers l'âge de 8 ans ; évolution lente ; actuellement, démence complète, mutisme et gâtisme depuis plusieurs mois.*

M. Z..., 10 ans, entré à la clinique des enfants, le 20 avril 1897.

Grand-père paternel alcoolique, mort à 48 ans.

Grand-mère paternelle morte aliénée à 45 ans, après cinq ans de maladie.

Père âgé de 44 ans, a eu pendant son service militaire un chancre induré du prépuce, n'a subi aucun traitement.

Grand-père maternel mort à 40 ans, à la suite d'un ramollissement cérébral.

Grand-mère maternelle âgée de 69 ans, a eu la semaine dernière une attaque, à la suite de laquelle elle est restée hémiplegique et aphasique.

Une tante maternelle, âgée de 42 ans, est extrêmement nerveuse.

Un oncle maternel mort à 34 ans, phthisique.

Mère, 42 ans, couturière, bien portante, mais très nerveuse et très impressionnable.

Elle a eu sept grossesses.

Les cinq premières grossesses, dans les cinq premières années du mariage, se sont terminées par des avortements à six semaines, cinq mois, sept mois, etc...

A la sixième grossesse, au bout de six ans de mariage, a eu une petite fille, née à terme, actuellement âgée de 12 ans et bien portante.

Notre petit malade est né à terme au bout de huit ans de mariage, il a toujours eu une excellente santé, a fait ses premières dents à 5, 6 mois, a parlé à 20 mois.

Jusqu'il y a deux ans, il était très intelligent, très développé pour son âge, très docile, obtenait tous les ans des prix et des billets d'honneur.

Il y a dix-huit mois, commença à devenir paresseux ; il s'endormait à l'école, était fréquemment puni. Dès l'été 1896, lui qui était très doux et très affectueux, devint difficile, colère. Était pris de crises de larmes à la plus petite contrariété. Il était d'une grande loquacité, et sa parole était devenue très bégayante. *L'écriture* devint à cette époque *tremblée*. Il lui fut impossible d'apprendre des leçons et de faire des devoirs.

Les mouvements dans les membres supérieurs étaient brusques, saccadés, maladroits. Les doigts présentaient un léger tremblement. Depuis le 7 juin 1896, la marche était devenue très maladroite.

En novembre 1896, l'état s'aggrava beaucoup. La parole devint incompréhensible, puis dès le début de l'hiver 1897, il cessa complètement de parler. Il se mit à pousser des cris inarticulés, à rire, à pleurnicher sans motif. Depuis novembre 1896, la marche était devenue si difficile et si trébuchante que l'enfant dut garder le lit. Depuis cette époque, il ne peut plus manger seul. Il a passé son temps en hiver à déchirer du papier,

En février 1897, il s'est remis à marcher pendant quelque temps, et alors il faisait, sans but, continuellement le tour de la pièce,

Depuis janvier 1897, il urinait au lit.

Depuis quelques années déjà, la mère avait remarqué de l'inégalité pupillaire.

État actuel, 20 avril 1897. — L'enfant est de taille normale, assez amaigri. La face est pâle, le front plissé. Le regard vague, la physionomie stupide. *La pupille gauche est très dilatée.* Les pupilles ne réagissent ni à la lumière ni à l'accommodation.

Démence complète. — L'enfant est couché dans son lit, inerte ou bien hurlant, ou bien exécutant des mouvements toujours les mêmes (tics). Il ne porte pas ses aliments à sa bouche, mange gloutonnement et avale difficilement.

Placé à terre, il ne peut faire que quelques pas chancelants et étant soutenu. *Gâtisme.*

Depuis deux mois que l'enfant est dans la clinique, l'état ne s'est pas modifié. A des phases de dépression succèdent des phases d'agitation, pendant lesquelles l'enfant crie ou est animé de tics incessants toujours les mêmes dans les deux cas. Plusieurs fois l'enfant a mangé ses excréments.

Chez l'adulte, un certain nombre de facteurs, se combinant en proportions variables, paraissent nécessaires pour produire la paralysie générale : ces facteurs paraissent se résumer en une prédisposition créée par l'hérédité nerveuse et l'hérédité congestive ou arthritique, en une prédisposition individuelle, réalisée par l'excitation intellectuelle, les préoccupations morales, l'alcoolisme, les excès, etc... ; mais il semble bien démontré que, outre l'hérédité nerveuse, outre les prédispositions personnelles déterminées par le genre de vie, il faut, pour l'éclosion de la paralysie générale, une infection, et cette infection, quoi qu'on ait pu dire, est presque toujours, sinon toujours, la *syphilis*.

Peut-être pourrait-on expliquer la rareté de la paralysie générale dans le jeune âge, comparée à la fréquence relative de la *syphilis* héréditaire, par ce fait que, syphilitique et frappé d'hérédité nerveuse, l'enfant ne peut, par sa manière de vivre, réaliser le facteur étiologique de la prédisposition individuelle, plus propre à l'âge adulte.

Chez le petit paralytique général, les antécédents syphilitiques sont si fréquents, comme en témoignent les observations publiées jusqu'à ce jour, que l'on peut se demander si, dans les cas où ils ne sont pas signalés, ils n'ont pas été méconnus ; mes observations s'ajoutent à toutes celles qui en font foi. Deux de mes petits malades étaient issus de pères qui avaient eu la *syphilis* avant leur mariage, et qui d'ailleurs n'avaient subi aucun traitement ; un des enfants était le seul survivant de sept grossesses (obs. II) ; la mère de l'autre (obs. III) avait eu cinq fausses couches avant de donner le jour au sujet de notre observation ; fils de pères syphilitiques avérés, les enfants de l'observation II et de l'observation III n'avaient jamais du reste présenté d'accidents spécifiques ; aucun n'offrait le facies ou les stigmates si fréquents dans la *syphilis* héréditaire. Syphilitique était la fillette de l'observation I, comme en témoignait une *glossite* des plus typiques : de cette *syphilis*, je n'ai pu retrouver l'origine, dont est peut-être responsable une des nombreuses nourrices qui à la campagne allaitèrent l'enfant dans son premier âge.

Chez les 3 enfants, l'hérédité était fort chargée, suppléant pour ainsi dire à l'insuffisance de la prédisposition individuelle : *hérédité arthritique et nerveuse* pour la petite malade de l'observation I, issue d'une mère nerveuse, eczémateuse et rhumatisante et d'un père obèse, alcoolique, mort diabétique ; *hérédité nerveuse* pour les deux autres, dont l'un (obs. II), né d'un père nerveux à l'excès et d'une mère tuberculeuse, possédait de plus un grand-père et un oncle simples d'esprit, et dont l'autre, outre une mère nerveuse, avait dans ses antécédents un grand-père mort alcoolique à 48 ans, un autre grand-père mort de ramollissement cérébral à 40 ans, une grand'mère morte aliénée à 45 ans, et une autre grand'mère hémiplegique.

Les premiers symptômes de la maladie apparurent chez ces enfants à 10 ans et demi environ (obs. I), à 12 ans (obs. II), à 8 ans (obs. III); chez tous trois, intelligents et très développés auparavant, les premiers signes de la maladie consistèrent en perte de la mémoire et de l'attention, diminution de l'affectivité, irascibilité, rires et pleurs non motivés; les signes somatiques vulgaires de la paralysie générale, tremblement dans les mains, incertitude dans les mouvements, altération habituelle de la parole, inégalité pupillaire, troubles vasomoteurs, se montrèrent classiquement. Comme il a été noté assez souvent, le tremblement chez nos petits malades était moins prononcé que la maladresse et une certaine incoordination dans les mouvements et la marche. Le délire a manqué, comme il arrive presque toujours dans la paralysie générale de l'enfance; par contre, suivant la règle commune, à la baisse progressive des facultés intellectuelles dans les trois cas, a succédé, dans deux cas, la démence plus ou moins complète (obs. I et III). Chez l'un (obs. I), la mort est survenue quinze mois environ après les premiers symptômes apparents, au milieu de phénomènes pseudo-typhoïdes; un autre fut enlevé en pleine évolution de l'affection par un ictus apoplectiforme (obs. II), quelques mois seulement après l'apparition des premiers signes frappants de la maladie; le troisième (obs. III) est en ce moment en pleine démence avec gâtisme et mutisme.

Qu'il me suffise de dire que, dans les deux cas suivis de mort, j'ai constaté dans l'encéphale les altérations classiques, macroscopiques et microscopiques, de la paralysie générale: ces lésions seront décrites en détail dans un travail ultérieur.

Si dans l'observation I la syphilis révélée par la glossite était demeurée douteuse, elle aurait été confirmée à l'autopsie par les lésions si marquées d'aortite que révélaient l'examen à l'œil nu et l'investigation histologique. Dans l'observation II, aux lésions de méningo-encéphalite diffuse s'associaient, comme le fait existe quelquefois chez l'adulte, des altérations légères de néphrite et de myocardite interstitielles.

N'ayant pas d'autre prétention que d'apporter trois faits nouveaux à l'histoire de la paralysie générale infantile, je n'ajouterai pas à ces observations de commentaires inutiles.

Des exceptions aux lois qui régissent les intolérances médicamenteuses et les éruptions pathogénétiques.

Par M. A. MOREL-LAVALLÉE.

Les substances employées en thérapeutique sont, ou peu s'en faut,

toutes toxiques. Dans tous les cas elles déterminent presque toutes, à un certain moment de leur administration et lorsqu'on arrive à une certaine dose, des phénomènes d'intolérance se manifestant par des phénomènes réactionnels du côté de divers organes, la peau principalement. Mais, chez des individus prédisposés, il est des catégories de médicaments qui provoquent l'intolérance absolue de l'organisme, et cela dès la première fois que l'on en fait usage.

Ordinairement alors ces symptômes d'intolérance s'accroissent brusquement, quelle que soit la dose employée : l'*idiosyncrasie* est permanente. En outre, le plus communément, une personne qui aura présenté après l'usage d'un médicament une éruption pathogénétique, verra les mêmes phénomènes se reproduire après l'ingestion d'autres médicaments de la même classe (cela est vrai pour les médicaments de la série aromatique, par exemple) ; — et de même, ainsi que l'a fait ressortir M. E. Besnier, les éruptions médicamenteuses étant surtout le fait du terrain sur lequel elles apparaissent, un sujet qui aura *une fois* souffert d'un érythème comme celui qui nous occupe, sera, de ce seul fait, prédisposé à l'avenir aux dermopathies toxiques, autotoxiques et toxiques de tous ordres, et à leurs récides souvent *sine materia*.

Telles sont, en gros, les lois suivant lesquelles se produisent les phénomènes d'intolérance médicamenteuse, et, en particulier, à notre point de vue spécial, les phénomènes d'intolérance cutanée, c'est-à-dire les symptômes réactionnels par lesquels le système dermique et ses annexes témoignent de sa participation à l'intoxication de l'organisme. C'est là la règle, c'est là ce que doivent retenir les praticiens dont la prudence doit guider la ligne de conduite.

Pourtant, dans la pratique, ces lois sont sujettes à exceptions : c'est précisément sur ces exceptions que je désire aujourd'hui attirer l'attention.

I. — Le fait que les phénomènes d'intolérance peuvent ne se manifester que tardivement est aujourd'hui de notion vulgaire, au moins dans cette enceinte ; il en découle cette conséquence que l'administration d'une substance suspecte doit être conduite avec précaution pendant toute la durée de la cure, et qu'il faut de temps à autre surveiller les organes susceptibles de se révolter les premiers : tels, les gencives, la peau et le colon, dans le traitement mercuriel.

J'ai sous les yeux l'observation d'un mien client, homme robuste, âgé d'une cinquantaine d'années. Il vint me voir pour une glossite scléreuse profonde disséminée, progressivement établie chez lui depuis les quatre années auxquelles remontait le début de l'infection. Il avait pour cela, mais toujours en vain, subi le traitement par ingestion. Au commencement de 1892, j'abordai avec lui les injections mercurielles : le peptonate quotidien eut une action visible, mais bien faible. Je

recourus ensuite à l'huile grise, dont l'action fut tout à fait nulle. Enfin je fis des injections de calomel, et ici l'effet fut immédiat; il se continua rapidement, si bien qu'à la fin de 1892 la langue était totalement guérie, et parfaitement souple. Or, le traitement avait été interrompu par les vacances, en plein succès, et après plusieurs injections de calomel, faites à la dose de cinq centigrammes; celles-ci avaient amené parfois de la salivation, et même un jour de la gingivite partielle (stomatite d'alarme de Fournier) au niveau des incisives supérieures (ce qui est une exception). Puis tout était rentré dans l'ordre. Or, un mois après, et lorsque M. X... était en villégiature en Suisse, il fut pris d'une colite dysentérique très douloureuse qui le mit au lit, et dura 3 à 4 semaines.

Depuis, j'ai vu chez lui se reproduire des crises atténuées du même ordre, avec début par des douleurs irradiées à distance (névralgie testiculaire, etc.), d'une façon brusque, en pleine santé, avec des selles muco-membraneuses; parfois tout se limitait aux coliques et aux épreintes, accès ébauché et passager. Comme à ces moments aucun autre signe d'intoxication mercurielle ne se produisait, et que nous étions toujours à intervalles plus ou moins éloignés des injections, je fus très longtemps avant d'avoir la clé de ce mystère. Depuis lors j'ai pu reprendre le traitement, mais à toutes petites doses : 0,02 ou 0,03 de calomel par injections très espacées.

De temps à autre, il y a bien une douleur aux angles du côlon ou devant l'estomac; mon client et moi savons ce que ça veut dire; ce qui n'empêche pas que c'est lui-même qui, en cas de besoin et même préventivement, me demande d'avoir, de ci de là, recours à ce mode de traitement, le seul dont il ait observé sur lui des résultats véritablement héroïques.

Cette observation justifie déjà à elle seule un certain nombre des propositions que nous avons avancées : manifestation tardive de l'intolérance; un seul organe pris (ici, le gros intestin), et qui toujours donne à lui seul la note; protestataire de l'organisme contre la saturation mercurielle; possibilité cependant, en cas d'urgence, de recourir au même traitement hydrargyrique, à la seule condition d'être toujours au guet. Notons ici en passant que le gros intestin n'est pas toujours le point faible du tube digestif réfractaire au mercure : un autre de mes clients de la ville, que je soigne depuis deux ans au moyen des injections de calomel, se plaint de ce que, depuis six mois, chacune de ces injections est suivie de 2 à 3 semaines de dyspepsie gastrique douloureuse, avec anorexie et crachotements (pas de stomatite hydrargyrique).

II. — Les phénomènes réactionnels fonction d'une intolérance médicamenteuse idiosyncrasique ne représentent pas HABITUELLEMENT l'ensemble complet du tableau symptomatique de l'intoxi-

cation classique par la substance incriminée. C'est ne représentent JAMAIS qu'il faudrait dire. Ainsi, presque toujours, dans les nombreuses observations d'hydrargyrie que j'ai jadis recueillies ou compulsées pour mon mémoire sur la matière (1). les localisations viscérales des intoxications hydrargyriques ont fait défaut, si l'on en excepte la stomatite (calomel), la diarrhée et des vomissements (sublimé, 1 cas); cela, sur 22 cas relevés.

III. — *L'intolérance de l'organisme à l'égard d'une substance médicamenteuse n'implique pas fatalement une intolérance pour toutes les substances du MÊME ORDRE.* — Une de nos malades, âgée de 70 ans, atteinte d'urémie subaiguë polymorphe d'origine alimentaire ou auto-toxique, supporte impunément de grosses doses de salicylate de soude, de salophène, d'antipyrine, voire de morphine qui ne provoque même pas chez elle de prurit, alors que le sulfate de quinine lui a causé des éruptions terribles et prolongées, alors que le sulfonal et surtout le chloralose ont également produit des phénomènes très graves, cutanés et autres.

IV. — *L'intolérance médicamenteuse peut n'être que relative, elle peut diminuer ou même disparaître lorsqu'on varie soit la combinaison chimique du corps employé, soit son mode d'administration.* — Que l'intolérance varie suivant la combinaison chimique du médicament, cela se conçoit à la rigueur, tous les sels mercuriels, par exemple, n'ayant pas les mêmes coefficients de toxicité, de causticité ni d'activité, et l'on sait très bien que le protoiodure hydrargyrique incommode plutôt l'intestin, tandis que, le sublimé, ingéré, produit des douleurs gastriques. Mais que le mode d'administration d'un même composé chimique étant changé, celui-ci devienne supporté ou intoléré, voilà qui est paradoxal, et pourtant cela est. J'ai donné mes soins à un jeune ménage israélite où les deux conjoints ne pouvaient, sans urticaire sérieuse, prendre de l'antipyrine par l'estomac ou par le rectum; or le mari a pu subir, sans inconvénients, des injections intra-musculaires d'antipyrine pour un lumbago ou un torticolis.

J'ai cité ailleurs (2) le cas bizarre d'une jeune femme qui, atteinte d'hydrargyrie grave à la suite d'ingestion de protoiodure, a pu, à plusieurs reprises, tolérer des frictions mercurielles administrées à petites doses.

V. — Mais voici qui est plus curieux : *la susceptibilité préexistante d'un organe préposé à l'emmagasinement ou à l'élimination*

(1) MOREL-LAVALLÉE. Des hydrargyries pathogénétiques, érythèmes polymorphes scarlatiniformes dus à l'usage interne du mercure. *Revue de méd.*, juin 1891, page 488.

(2) Des hydrargyries pathogénétiques. *Loco citato*, obs. II.

d'une substance connue comme dangereuse ne suffit pas forcément pour contre-indiquer l'administration du remède proposé, si l'usage de celui-ci est indispensable à un moment donné. — Un jeune homme de ma clientèle de ville, jouissant d'un bon état de santé générale, M. S..., a souffert pendant un an et plus d'une stomatite ulcéro-membraneuse très rebelle, qui a un instant ébranlé ses dents et a en tout cas ébarbé les gencives sur toute une moitié de la mâchoire inférieure. Cet homme prend la syphilis deux ans environ après le début de cette stomatite, dont plusieurs récides passées le tiennent toujours en éveil ; or, il a pu prendre des pilules de protoiodure à 0,03 par jour, puis, six mois après, à 0,05 par jour ; puis des pilules de succinimide mercurique. Jamais il ne s'est produit de stomatite mercurielle. Il est vrai que nous usions de soins infinis, que nous étions toujours sur le qui-vive et qu'une ou deux fois se sont montrés deux ou trois points de tuméfaction gingivale partielle. Mais nous redoutions bien autre chose. Cette observation a, de plus, un autre côté intéressant. En ces derniers temps une théorie s'est élevée d'une hardiesse d'esprit incroyable, aux termes de laquelle la stomatite dite mercurielle serait une stomatite à microbes buccaux banals, se développant simplement sur des gencives prédisposées par l'action salivaire du mercure : à ce point, que le sublimé, en gargarismes et en attouchements, serait le remède héroïque de cette stomatite. Comment pourrait-on donc s'imaginer, s'il en était ainsi, un homme à peine convalescent de stomatite ulcéro-membraneuse — affection à ce point infectieuse qu'elle est contagieuse et épidémique — prenant impunément du mercure et offrant même des points de tuméfaction gingivale hydrargyrique, sans que les microbes si souvent virulents de la bouche y aient trouvé un terrain favorable à leur pullulation ?

Ce fait prouve à quel point il convient d'être circonspect toutes les fois que la clinique n'est pas d'accord avec les conquêtes récentes de la bactériologie.

Sur un cas de lèpre. Étude histologique des lépromes.

Par M. CH. AUDRY.

Le nommé X..., né en Espagne, dans la province de Valence, est âgé de 17 ans. Pas d'antécédents héréditaires. Le malade n'aurait pas eu de lèpreux dans sa parenté, ni dans son entourage, ni même dans son village d'origine.

Venu en France, il y a quelques mois, il habite momentanément Carcassonne, et exerce la profession de marchand de fruits. Le malade, qui est encore très robuste, s'est toujours bien porté jusqu'au début de la mala-

die actuelle ; celle-ci a commencé à se manifester il y a environ 6 ans, par des ulcérations occupant la plante des pieds. Quatre ans plus tard, il aurait vu sur la verge une ulcération qui aurait été considérée par un médecin comme un chancre syphilitique. Peu après, il vit survenir sur les jambes une quantité de petits nodules qui gagnèrent progressivement les cuisses et la région lombaire, puis les bras. Bientôt apparurent des signes d'atrophie dans la musculature de la main droite. Enfin il y a environ 3 mois qu'une dernière poussée a couvert la région épigastrique de nombreux petits tubercules. Le malade vient à la consultation de la clinique pour se faire soigner d'une large ulcération plantaire, lésion qui a marqué le début de la maladie et qui persiste encore. Il ne soupçonne pas la nature de l'affection dont il est atteint.

L'ulcération plantaire dont il s'agit est à peu près grande comme une pièce de 5 francs et répond à l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil. Elle est arrondie, peu profonde, humide, luisante, jaune, bordée par un épiderme épaissi et un peu décollé. On trouve une érosion comparable, mais plus petite, plus croûteuse, sur la face plantaire, au niveau de la tête du cinquième métatarsien. Enfin sur la face dorsale de la deuxième phalange du petit orteil gauche, une petite érosion circulaire un peu plus profonde, tout à fait comparable aux deux précédentes. Sur les jambes, en particulier sur la face antéro-interne, on trouve une série de nodules fauves, bruns ou noirâtres dont le volume varie de celui d'une lentille à celui d'une petite noix. Ces nodules sont disséminés au hasard, très nombreux, recouverts d'un épiderme lisse ; un des plus volumineux est recouvert à son sommet d'une petite croûte ; cette croûte enlevée laisse s'écouler quelques gouttes d'un liquide brun chocolat. Parmi ces nodules, les uns ont une sensibilité normale, d'autres une sensibilité atténuée, plusieurs sont complètement anesthésiques. Le tégument en apparence normal sur lequel ils sont semés présente de même des zones absolument irrégulières d'anesthésie et de sensibilité normale. (Anesthésie, analgésie et thermo-analgésie.) Sur la face antérieure des cuisses, innombrables nodules presque miliaires d'un jaune fauve, papuleux, extrêmement petits, semés çà et là de tubercules bruns un peu plus développés. Sur les fesses, mêmes lésions. On note en outre plusieurs infiltrations superficielles, assez étendues, comme œdémateuses, d'une teinte rose bleuâtre. Enfin, le doigt perçoit quelques nodosités plus profondes qui ne se caractérisent par aucune saillie ou coloration anormale de l'épiderme, quelques tubercules dans la région sacro-lombaire.

On note un très grand nombre de petits éléments hémisphériques, très saillants, lisses, brillants, couleur sucre de pomme, disséminés sur l'épigastre et le segment inférieur de la paroi thoracique antérieure.

Mêmes lésions sur les avant-bras des deux côtés, principalement sur la face correspondant à la flexion. Les tubercules superficiels apparents sont relativement peu nombreux, mais il existe un grand nombre de nodules profonds perceptibles à la palpation.

Sur la face on aperçoit seulement trois petites élevures de couleur normale occupant la ligne médiane du front.

Œil et muqueuses bucco-nasales normaux ainsi que l'oreille.

Au niveau du nerf cubital droit quelques nodosités très difficiles à distinguer des ganglions. La main droite présente une atrophie très avancée des interosseux et des muscles de l'éminence thénar de la main droite ; l'éminence hypothénar est moins atteinte. Voici du reste l'examen électrique pratiqué par M. le Dr Marie, chargé du cours de physiologie et d'électrothérapie. Les jambes ne présentent qu'une simple diminution d'excitabilité faradique qui paraît due à une augmentation de résistance de la peau.

Le bras gauche est normal ou à peu près. On note une faible diminution d'excitabilité galvanique et faradique dans les éminences thénar et hypothénar ; pour l'avant-bras droit, on remarque une diminution franche d'excitabilité, surtout pour le fléchisseur superficiel qui, d'ailleurs, au contact galvanique fournit des contractions lentes avec prédominance au pôle positif. La faradisation des éminences thénar et hypothénar de la main droite ne provoque pas de contractions. En se servant du courant galvanique et d'une force électro-motrice de 60 volts (intensité du courant : 7 à 10 milliampères) on n'obtient pas de contraction dans le court abducteur du pouce. Le court fléchisseur dans les mêmes conditions donne des contractions lentes ; les muscles de l'éminence hypothénar et les interosseux sont dans des conditions analogues. Ajoutons que le produit des ulcérations plantaires raclé et examiné après la coloration par la fuchsine phéniquée et acide azotique 1/4 n'a pas offert de bacille. Ils fourmillaient au contraire dans le liquide brun du léprome ramolli.

Un vésicatoire fut appliqué sur la face externe de la cuisse droite. On examina le liquide le lendemain, il était parfaitement limpide et ne contenait pas de bacilles. Un second vésicatoire appliqué sur la face antérieure du même membre, au-devant d'un petit léprome superficiel, donna une phlyctène dont le liquide fut examiné de suite, avant toute suppuration. Nous y trouvâmes des bacilles en petit nombre, mais certains.

Les plaies du malade furent pansées avec du salol. On excisa un gros léprome et un plus petit sur la face interne de la jambe droite. Enfin on donna de l'huile de chaulmogra, en augmentant de 10 gouttes par jour ; à la dose 70 gouttes, il eut des vomissements dont on vint à bout en ajoutant quelques gouttes de chloroforme à l'émulsion.

Le malade prenait 170 gouttes quand il demanda à quitter la clinique. Il n'était nullement amélioré. Une modification s'était produite : tout le tégument de la région épigastrique, des jambes et des cuisses avait pris une teinte un peu fauve, saumonée, limitée par une légère saillie de la peau érythémateuse sur la peau saine de l'hypogastre.

Quant aux lépromes mêmes, ils étaient stationnaires, les ulcérations étaient guéries, sauf le cratère du léprome ramolli. L'état général était excellent. Le malade était toujours complètement apyrétique.

Je n'ai pas grand chose à ajouter à la précédente observation ; c'est un type de lèpre mixte nerveuse et tuberculeuse d'emblée. Ces faits sont familiers à tous les médecins qui ont une expérience étendue de la lèpre, et ne valent pour nous que par la rareté de cette maladie dans notre milieu d'observation.

Du moins en avons-nous profité pour faire l'examen histologique des deux lépromes que nous avons enlevés. L'un d'eux était ancien et gros comme une noix, l'autre avait le volume d'une forte tête d'épingle. Ils furent sectionnés, fixés quelques minutes dans l'alcool à 90°, puis par l'alcool absolu. Paraffine, collage à l'albumine, coloration des bacilles par la fuchsine phéniquée et l'acide azotique au 1/4. Les tissus colorés par le carmin aluné, l'hématéine, etc.

Les meilleures préparations ont été obtenues en colorant d'abord les bacilles par la fuchsine phéniquée, puis les coupes avec le bleu polychrome de Unna associé à l'orangé B en solution tannique ou la même solution de bleu de méthyle. Ces préparations semblent très claires et très démonstratives. L'examen a porté sur 5 fragments et les coupes ont été très nombreuses.

Nous avons réuni dans une seule description celles de chacun des fragments.

1° *Présence des bacilles*. — Ils étaient extraordinairement nombreux, ainsi qu'il est de règle.

2° *Altérations histologiques*. — L'épiderme est constamment sain, un peu aminci, parfois planiforme. Sur nos préparations les glandes et les poils avaient à peu près disparu complètement. L'épithélium était superposé à une mince couche de tissu conjonctif normal parcouru cependant en 1 ou 2 points par des capillaires et sans traces appréciables d'inflammation. Le léprome même présente un aspect très variable suivant son ancienneté. Les limites avec le tissu conjonctif sont souvent très nettes, brusques, sans toutefois qu'on puisse lui reconnaître une capsule. Du reste, nous considérons successivement dans l'étude des lépromes : a) les faisceaux conjonctifs, b) les cellules, c) les formations spécifiques.

a) *Faisceaux conjonctifs*. — Une des caractéristiques de la néoplasie lépreuse, c'est le peu d'action qu'elle exerce sur la substance conjonctive. On a vu que le tissu lépromateux baigne dans du tissu conjonctif sain.

L'aire de la néoplasie est circonscrit en une foule de départements par des petites cloisons conjonctives bien fasciculées. Dans l'intimité même du léprome le plus avancé, on retrouve toujours un stroma conjonctif infiniment plus riche que celui des lésions syphilitiques ou tuberculeuses. Sans doute les faisceaux n'ont pas conservé leur épaisseur et leur force ; mais on en retrouve des débris partout et les éléments cellulaires n'arrivent jamais à l'étouffer complètement. On le retrouve sous forme de filaments fins, disposés en petites cloisons, facilement colorés par l'orangé, le bleu, la fuchsine acide.

b) *La cellule*. — Les cellules sont de deux ordres.

Les unes appartiennent entièrement aux cellules lymphatiques. Dans l'intimité même du léprome complètement développé, elles arrivent à

être extrêmement rares ; mais on les retrouve assez nombreuses dans les zones les plus extérieures et elles y présentent leurs caractères histologiques habituels.

Quant au tissu lépreux complètement adulte, il est formé principalement par des cellules arrondies ou polygonales, assez peu volumineuses, à gros noyaux granuleux, à protoplasma abondant et très colorable ; d'autres fois l'ensemble de la cellule prend assez mal les colorants, le noyau offre des colorations plus grossières et moins intenses. Toujours ou presque toujours les cellules gardent leur individualité. Je n'ai vu aucune cellule multinucléée ; il y a de fortes raisons pour que ce soit en majorité des cellules de prolifération répondant, quoique assez incomplètement, au signalement des cellules plasmatiques. Ça et là, en plein léprome, on voit serpenter des vaisseaux qui tous offrent des lésions considérables aboutissant à l'oblitération complète, surtout par épaissement des couches externes ; il n'y a pas d'endothélite histologique, peu ou pas de diapedèse péri-vasculaire.

c) *Formations spécifiques.* — Entre les cellules, entre les fibrilles conjonctives, on voit un grand nombre de petites figures irrégulièrement arrondies qui ont une apparence de cellule ; elles sont formées par une petite cavité qui contient une substance finement granuleuse colorée en bleu violacé par le bleu polychrome. Sur les lépromes jeunes, ces figures ne sont pas plus grosses qu'un lymphocyte ordinaire ; aucune d'elles ne contient de noyau, aucune ne présente de membrane d'enveloppe ; quand elles sont petites, elles sont presque complètement et uniformément remplies par la matière finement granuleuse que j'ai mentionnée. On voit ces figures augmenter progressivement de dimension ; elles conservent une forme absolument arrondie ; elles n'offrent aucun noyau, aucune membrane d'enveloppe ; en somme elles sont constituées par de véritables pertes de substance, taillées à l'emporte-pièce, limitées par une condensation de la substance conjonctive. Quelquefois on voit des noyaux un peu aplatis, appliqués suivant la direction des faisceaux cloisonnants. Le contenu est le même : la substance grenue et d'un bleu violacé dont nous avons parlé ; cette substance est d'autant moins abondante que la pseudo-cellule est plus étendue ; elle arrive à être vacuolée à son centre, puis se répartit excentriquement, enfin disparaît complètement lorsque la perte de substance atteint les dimensions d'une artériole. Ce sont non pas des cellules, mais véritablement des sortes de *thèques*.

Les *thèques* sont réparties dans tout le léprome et on les retrouve jusque dans les travées purement conjonctives qui enclosent les plus vieux lépromes. Ce sont évidemment les soi-disant cellules lépreuses de Virchow, etc.

On ne peut être définitivement fixé sur leur nature qu'après avoir étudié les bacilles et leur répartition.

3° Les bacilles.

Je les ai vus : 1) dans les vaisseaux, en particulier dans les cellules endothéliales ;

2) en petit nombre dans le protoplasma de cellules qui ne pouvaient pas être considérées comme des cellules lymphatiques ;

3) assez souvent comme dispersés au travers des éléments conjonctifs modulés et entre les cellules ;

4) en nombre énorme dans les thèques qui sont les cellules de Virchow. Si on a coloré les bacilles avant de faire la coloration histologique, la substance granuleuse reste colorée comme une gelée rouge autour des bacilles qui apparaissent en boules extrêmement touffues.

J'ajoute seulement que trois fois j'ai vu le centre d'une thèque très développée et presque complètement déshabillée présenter une cellule lymphatique.

Nous ne disposons pas de documents assez riches pour entrer à fond dans la discussion des lésions intimes de la lèpre. Cependant nous devons brièvement faire connaître l'état de la question et comment nous sommes personnellement amené à le considérer.

Parmi le nombre des questions qui se posent, nous devons d'abord éliminer celle des cellules géantes. Il est parfaitement admis que des cellules géantes peuvent se présenter dans le lépreux ; on sait qu'il n'en est pas toujours ainsi ; nous n'en avons rencontré aucune. Si la proposition de Hansen que la cellule géante n'appartient qu'à la tuberculose est assurément trop affirmative, elle contient une part de vérité dont il faut tenir compte.

En second lieu les cellules qui constituent le lépreux sont-elles d'origine lymphatique (Neisser) ou plutôt des cellules de prolifération conjonctive (Phillipson) ? Je pense que les unes et les autres entrent dans la constitution histologique du lépreux. Je suis porté à admettre, sans pouvoir l'affirmer, que l'une et l'autre peuvent exceptionnellement contenir des bacilles.

Troisièmement, on se demande si les bacilles sont extra-cellulaires ou intra-cellulaires. Unna pense qu'ils sont en dehors des cellules ; Neisser affirme que leur siège est dans les cellules. L'opinion de Unna était encore récemment soutenue par Bergengrün (de Saint-Petersbourg) (1). Storch (de Breslau), un élève du Pr Ponfick, est le plus récent auteur qui se soit occupé de la question ; il admet l'un et l'autre siège ; mais croit que l'état endo-cellulaire est le plus ordinaire. Déjà Leloir, il y a plusieurs années, avait été partisan du même éclectisme.

A la question précédente, se lie étroitement celle des figures connues depuis Virchow sous le nom de cellules lépreuses, que Neisser conti-

(1) E. STORCH. Über das anatomischen Befund eines in Deutschland endogenen Fall von Lepra tuberosa. *Virchow's, Arch.* Bd. 148, mai 1897, p. 589.

nue à regarder comme résultant d'altérations cellulaires, et que Unna persiste à considérer comme des blocs de bacilles développés dans les espaces lymphatiques du tissu conjonctif. Nous les avons décrits sous le nom qui nous semble assez expressif de thèques lépreuses. Ici nous sommes dans la nécessité absolue d'accepter la manière de voir de Unna. Les cellules lépreuses ne sont nullement et jamais des cellules. Ce sont des loges creusées par la prolifération énorme des bacilles dans les interstices des faisceaux conjonctifs. Il n'est pas nécessaire de leur trouver des rapports quelconques avec des lymphatiques. Dans l'immense majorité des cas, nous pensons qu'ils n'en ont aucun. Nous retrouvons là le caractère tout particulier de l'altération en général, c'est-à-dire l'inertie extraordinaire de la substance conjonctive vis-à-vis des bacilles. Aucun micro-organisme n'entraîne des modifications moins actives de ce dernier ; aucune inflammation n'est moins destructive. C'est réellement d'une manière mécanique, en proliférant, en sécrétant la matière grasse qui les enveloppe et qui fait partie de leur propre structure, que les bacilles se creusent en loges ces thèques lépreuses intra-conjonctives, véritables nids exo-cellulaires.

Syphilis héréditaire. Gommès des côtes. Cachexie. Mort.

Par M. E. LEGRAIN.

Il s'agit d'un garçon de 20 ans atteint de syphilis héréditaire avec accidents osseux du thorax, gommès des côtes, fistules pleurales.

Une guérison relative des lésions s'est produite après un mois de traitement, ce qui n'a pas empêché le malade de mourir finalement de cachexie déterminée surtout par l'abondance des hémorrhagies au niveau des fistules.

L'auteur présente la photographie du malade avant le traitement. Le thorax, destiné à des recherches histologiques, a été radiographié. Cette radiographie montre les lésions osseuses guéries : gomme suppurée après élimination d'une partie de la côte, ostéites gommeuses des côtes guéries.

Observation de nævus de la main gauche avec troubles tropho-neurotiques.

Par M. J. BRAULT.

Il y a trois ans, j'ai eu l'honneur de présenter à la Société de derma-

tologie deux cas de nævi verruqueux zoniformes, aujourd'hui il s'agit d'un nævus d'une variété également rare.

Voici l'observation :

C..., âgé de 22 ans, présente des antécédents héréditaires nuls. Quelques jours après sa naissance, sa mère s'est aperçue qu'il était porteur d'une « envie ». Cette « envie », au dire du sujet et au dire de ses parents, n'a pas changé de forme, mais s'est simplement développée et a grandi concurremment avec la main.

Actuellement, voici ce que l'on trouve sur la main gauche de C.

À la face dorsale l'on remarque de suite une large trainée rouge foncé dont la teinte, plus accentuée sur les bords, semble au contraire s'éteindre un peu vers le centre. Cette bande qui s'étend obliquement de la tête du 2^e métacarpien à l'apophyse styloïde du cubitus, est un peu irrégulière et mesure en moyenne une largeur de deux travers de doigt. Les bords sont festonnés à contours géographiques. Ces derniers, sans être très surélevés, représentent une sorte de berge tranchant sur la plaque dont la couche épidermique semble avortée. C'est même là ce qui constitue en propre la différence de nivellement.

La surface du nævus est parsemée de squames d'un gris jaunâtre, tantôt moyennes, tantôt pityriasiformes, qui s'effritent et tombent soit d'elles-mêmes, soit sous l'action des frottements, des lavages ou des coups d'onglet.

Ces squames représentent la couche cornée qui ne reparait avec ses caractères normaux qu'au niveau des bords déjà décrits.

Voilà pour le dos de la main : si l'on examine maintenant la paume, l'aspect des lésions change un peu.

De ce côté l'on voit une bande étroite dépourvue de couche cornée descendre le long du bord externe de l'index et s'avancer jusque vers le milieu de la région palmaire sous forme d'un triangle aigu qui s'arrête aux limites de l'éminence thénar. Les bords formés par la couche cornée qui paraît s'arrêter brusquement sont encore plus nets, mais moins festonnés qu'à la région dorsale.

Le fond même du territoire malade nous montre aussi de petites squames qui parsèment une surface rosée présentant très approximativement la teinte de nos téguments lorsqu'à la suite d'une macération quelconque nous faisons ce que l'on appelle vulgairement peau neuve (1).

Nous n'avons rien à signaler par ailleurs, si ce n'est une déformation très accentuée de l'ongle de l'index qui est étroit, épaissi et incurvé. Il n'y a pas d'autres troubles trophiques.

Dans tous les points malades, les diverses sensibilités sont conservées, il n'existe pas de diminution des sécrétions.

Telle est l'observation de ce nævus à forme bizarre qu'on ne saurait facilement ranger dans aucune des formes désormais classiques.

En raison des squames qui parsèment la surface du nævus, l'on

(1) C'est à rapprocher du glossy-skin.

pourrait penser un instant à la variété kératodermique, mais ici il y a *plutôt hypo qu'hyperkératinisation*.

La *teinte nævique* de la face dorsale mise à part, l'on se croirait devant des *troubles névrotiques très localisés* datant de la vie intra-utérine.

Le malade, qui entre pour une autre affection, n'est pas trop incommodé par cette petite difformité et ne réclame aucune intervention; je ne vois d'ailleurs pas trop ce que l'on pourrait lui faire.

Récidives et complications tardives de l'ulcère de Madagascar.

Par MM. E. LEGRAIN et FRADET.

Dans une note présentée à la Société en juillet 1896, nous avons indiqué, d'une façon générale, les principaux caractères de l'ulcère de Madagascar, que nous avons étudié surtout chez les Kabyles recrutés pour servir comme conducteurs auxiliaires de l'escadron du train des équipages pendant la marche sur Tananarive.

Ces ulcères sont remarquables par leur chronicité, leur tendance à intéresser les tissus profonds, la gravité de leurs complications, leurs récurrences fréquentes *in situ* après leur guérison apparente. Ce groupe de signes ne permet pas d'englober l'ulcère de Madagascar, dans une même description dite de l'ulcère des pays chauds, avec l'ulcère annamite et le clou de Biskra.

L'observation suivante, type du genre, montre bien la désespérante ténacité de l'ulcère et sa gravité réelle en dehors de toute complication septicémique et de toute infection surajoutée.

OBSERVATION. — A... ben A..., convoyeur kabyle, 25 ans, rapatrié en décembre 1895. Profondément cachectique. Splénomégalie notable (0,15 sur 0,17). A eu en octobre 1895 un ulcère de la jambe gauche consécutive, dit-il, à une écorchure faite par une roue de voiture (comme pour le clou de Biskra et pour l'ulcère annamite, le plus léger traumatisme peut être l'occasion du développement de l'ulcère de Madagascar).

Traité deux mois à Madagascar, puis, après son rapatriement, deux mois à l'hôpital de Constantine, il sort guéri en février 1896. A la fin de mars, la cicatrice s'ulcère rapidement. Le 29 avril, il présente à la partie externe de la jambe gauche, au niveau de la malléole, une énorme plaie circulaire de 0,15 sur 0,16, à bords nets, couverte de fongosités exubérantes, molles, suppurant beaucoup, de couleur rose pâle. A sa surface sont enchâssés de petits séquestres noirâtres, spongieux, de la dimension de l'ongle. Le péroné est complètement recouvert par les bourgeons charnus; il n'y a pas de fistules.

Au niveau de la malléole interne, il existe une sorte de petite papule exulcérée, saignante, ressemblant à un bourgeon sarcomateux qui aurait perforé la peau et du diamètre d'une lentille. Ce nouvel ulcère en voie de formation est apparu seulement depuis plusieurs jours, sans cause connue.

Tout le pied est fortement œdématié; l'état général est très mauvais. Pendant quelque temps, l'ulcère externe reste stationnaire; l'interne au contraire fait des progrès et atteint la dimension d'une pièce de cinq francs.

Vers la fin de juin 1896, les deux ulcères sont en voie de guérison.

Traitement : toniques généraux, pansements antiseptiques et stimulants alternés; 6 greffes épidermiques sur l'ulcère externe.

A la fin de l'été 1896, les greffes ayant très bien pris et la cicatrice semblant solide à leur niveau, le malade sort de l'hôpital en septembre.

En décembre 1896, il rentre à l'hôpital, porteur des lésions représentées par la deuxième photographie jointe à cette note : les 6 greffes sont bien reconnaissables encore; seule, la greffe centrale est en grande partie disparue et à sa place existe un tissu de bourgeons de mauvaise nature. L'ulcère s'est reproduit.

Mais nous insistons ici sur le mode spécial de récurrence : tout s'est passé comme si le germe pathogène, subsistant dans les couches profondes de la peau, après la complète cicatrisation de l'ulcère, avait repris là une virulence nouvelle et miné la place par sa partie profonde.

En ce moment, juin 1897, c'est-à-dire près de deux ans après l'apparition de l'ulcère, le malade est encore en traitement, et l'usage de sa jambe est très sérieusement compromis.

Il existe, au niveau de l'articulation tibio-tarsienne, un empâtement considérable ayant déterminé une ankylose de l'article. La radiographie démontre la participation des os dans ce processus.

L'ulcère de Madagascar nous semble devoir former une entité morbide à part dans le groupe des ulcères des pays chauds : sa localisation spéciale aux extrémités, sa durée bien plus longue que celle du clou de Biskra, sa récurrence spéciale, sa cicatrice dure, parcheminée, blanchâtre, les désordres profonds qu'il détermine, permettent, pour le moment, de le différencier de l'ulcère annamite et du clou de Biskra.

Sur la question de contagion de l'ulcère de Madagascar, nous serons très affirmatifs, au moins pour ce qui se passe en Kabylie. Si l'on en croit l'indigène algérien, l'ulcère se serait répandu dans les familles des rapatriés et y aurait même causé des épidémies. Il est bon de savoir que des secours sont distribués aux Kabyles revenus de Madagascar, et l'Arabe, né mendiant, fait argent de tout. Or, le nombre des rapatriés porteurs d'ulcères non guéris a été assez considérable, surtout dans la région de Bougie. La propreté étant systématiquement exclue des pansements kabyles, l'ulcère se trouve dans les meilleures conditions pour se propager dans le milieu indigène.

Malgré les dires des indigènes, dires intéressés, nous n'avons jamais observé d'ulcère de Madagascar chez les nombreux Kabyles soignés par nous et n'ayant jamais été dans la grande île africaine. Nous avons rencontré chez eux, comme auparavant, de la syphilis ulcéreuse à foison, des ulcères variqueux, de la tuberculose ulcéreuse du pied, de la lèpre, du pied de Madura, de l'ergotisme, mais rien qui pût, de près ou de loin, ressembler à de l'ulcère de Madagascar.

D'ailleurs les inoculations tentées sur l'un de nous (Fradet) n'ont pas donné de résultat.

Note sur certaines lésions cutanées mycosiques observées dans les pays chauds.

Par M. E. LEGRAIN.

Cette note a un double but qui est de présenter à la Société quelques photographies de mycétomes observés par moi en Algérie, et de formuler quelques remarques au sujet de la très intéressante observation de MM. Brocq et Veillon, intitulée : « Note sur un bouton d'Alep », présentée dans la séance du 20 mai dernier.

J'ai déjà eu l'occasion de présenter à l'Académie de médecine un mémoire sur le pied de Madura en Algérie (*Bull. de l'Acad. de méd.*, déc. 1896). En réalité, le mycétome est commun, tout au moins dans les montagnes de la Kabylie. J'en possède encore actuellement un cas dans mon service de l'hôpital civil de Bougie. Il s'agit d'un enfant d'une quinzaine d'années porteur de nodosités sous-cutanées exulcérées, donnant issue aux grains blancs caractéristiques du mycétome. Ces accidents sont d'ailleurs tout à fait superficiels ; la radiographie démontre l'intégrité complète du squelette du pied.

Je présente à la Société trois photographies destinées à montrer les lésions cutanées qui sont sous la dépendance du *cladothrix maduræ*, parasite fréquent et déterminant des accidents rapportés souvent à une tout autre cause. Ces lésions sont : des bulles, des papillomes et des tubercules hypodermiques.

Dans les bulles, le champignon aggloméré en petits grains blancs semble jouer le rôle de corps étranger ; après éclatement de la bulle et issue des grains blancs, la *restitutio ad integrum* se fait très rapidement.

Dans les papillomes qui macroscopiquement présentent la plus grande ressemblance avec la tuberculose verruqueuse, le mycelium, au lieu d'être ramassé en grains volumineux, se trouve en filaments isolés qui déterminent dans la couche cornée un épaissement

notable, dans le réseau de Malpighi des prolongements papillaires, et dans le derme de petits nodules formés de cellules rondes sans éléments géants.

Dans l'hypoderme, la prolifération du parasite détermine la production de nodosités constituées surtout par des grains blancs mycéliens réunis en amas du volume d'un pois. Une légère infiltration leucocytaire entoure ces amas.

L'évolution de ces lésions est d'autant plus lente que la localisation du parasite est plus profonde. Quand, dans les formes nodulaires, l'issue du parasite tend à se faire, une rougeur érythémateuse se produit au niveau de l'élévure. Au centre se voit un léger point purulentmiliaire. A ce niveau la peau s'amincit, se recouvrant parfois d'une petite croûte jaunâtre. L'issue des graines parasitaires se fait, et il subsiste pendant quelques jours un petit cratère à bords nets, taillés à pic. La cicatrisation se fait seule après la sortie de tous les grains.

Sur les photographies qui accompagnent cette note, il est facile de se rendre compte de ces lésions.

Dans le cas de MM. Brocq et Veillon, l'évolution des lésions élémentaires présente une grande ressemblance avec l'évolution des lésions cutanées dans le mycétome.

Le parasite isolé par eux diffère très peu du *cladothrix maduræ*. Le seul caractère différentiel à relever concerne la couleur des cultures, qui d'ailleurs est un point secondaire, la coloration du *cladothrix maduræ* étant assez variable dans les cultures en série.

Les lésions déterminées par le *cladothrix maduræ* et localisées à la peau pendant d'assez longues années sont fréquentes dans l'Afrique du Nord. C'est au bout de très longues années souvent que le parasite pénètre plus profondément dans les tissus et que le squelette est intéressé.

Le secrétaire,

LOUIS WICKHAM.

SÉANCE DU 11 NOVEMBRE 1897

Présidence de M. Ernest Besnier.

SOMMAIRE. — Ouvrages offerts. — A propos du Congrès de médecine de Moscou : MM. BARTHÉLEMY, BESNIER, WICKHAM. — Lentigo mélanique, par MM. BALZER, GAUCHER et MILIAN. (Discussion : M. DU CASTEL.) — Un cas de phagédénisme chancrilleux, par M. BALZER. (Discussion : MM. HALLOPEAU, BALZER, BARTHÉLEMY.) — Hématolymphangiome de la langue et du voile du palais, par MM. BROCC et L. BERNARD. (Discussion : MM. LEREDDE, BROCC.) — Sur quatre cas (deux anciens et deux nouveaux) de mycosis fongoïde, par M. HALLOPEAU. (Discussion : MM. BESNIER, DARIER, DUBOIS-HAVENITH, DANLOS, BARTHÉLEMY, VÉRITÉ, HALLOPEAU, FOURNIER, LAFFITTE, LEREDDE.) — Mycosis fongoïde, par M. DU CASTEL. (Discussion : MM. HALLOPEAU, FOURNIER, BESNIER.) — Xeroderma pigmentosum, par M. DANLOS. (Discussion : MM. BESNIER, DUBOIS-HAVENITH.) — Immense ulcération de nature indéterminée, par M. DANLOS. (Discussion : MM. FOURNIER, DANLOS, LEREDDE, BESNIER.) — Dystrophie unguéale douloureuse, à évolution progressive, accompagnée d'arthropathie, par M. ED. RIST. (Discussion : MM. SABOURAUD, VÉRITÉ, BESNIER, RIST.) — Dystrophie unguéale généralisée, par MM. COLLINEAU et THIBIERGE. (Discussion : M. BARTHÉLEMY.) — Chancres syphilitiques de l'avant-bras, par M. FOURNIER. (Discussion : MM. BESNIER, FOURNIER.) — Lésions de la peau et du sang dans la dermatite pustuleuse en foyers à progression excentrique, par M. LEREDDE. (Discussion : MM. HALLOPEAU, GASTOU, LEREDDE.) — Éphélides pigmentaires du cou, manifestation unique de la syphilis, par M. G. ÉTIENNE. — Éphélides syphilitiques atypiques, par M. G. ÉTIENNE. — Pigmentation aréolée de l'avant-bras chez une chlorotique non syphilitique, par MM. SPILLMANN et G. ÉTIENNE. — Érythème récidivant des extrémités ; classification provisoire des acrodermatites, par M. CH. AUDRY. — Leucomélanodermie syphilitique chez des indigènes algériens, par MM. GÉMY et RAYNAUD. — Note mycologique sur le microsporium trouvé à Parme par M. Mibelli, par M. E. BODIN. (Discussion : M. SABOURAUD.)

Ouvrages offerts à la Société.

MM. RABELON et A. RAMBAUD. — Congrès des sociétés savantes. — Discours prononcés à la séance générale du Congrès le samedi 24 avril 1897.

KRISTIAN GRON. — *Studier over Gummos (tertiær) Syphilis*. Kristiania, 1897.

Dr P. BOULOUMIÉ. — *Prophylaxie de la tuberculose*. — Rapport fait à la Société de médecine de Paris.

CELSE PELLIZZARI. — *Un caso non comune di lepra*. Extrait du *Sperimentale*, 1897.

D. ARMAINGAUD. — *Organisation de la ligue préventive contre la tuberculose*. — Conférence faite à Bordeaux le 17 novembre 1892 et à Paris le 26 novembre 1892. Bordeaux, 1893.

UDIN, BARTHÉLEMY und DARIER (Paris). — *Ueber Veränderungen an der Haut. und den Eingeweiden nach Durchleuchtung mit X — Strahlen*. *Les Cliniques de l'Université impériale de Moscou*, 1897.

A propos du Congrès de médecine de Moscou.

Par M. BARTHÉLEMY.

Vous savez depuis longtemps déjà comme les médecins français, et notamment ceux de la section de dermatologie et de syphiligraphie, vos délégués par conséquent, ont été chaleureusement, courtoisement, affectueusement accueillis et fêtés à Moscou, à Saint-Petersbourg, à Kiew, et à Odessa. Le Congrès de Moscou a été, on peut le dire sans réserve, très brillant, très animé, très intéressant à tous les points de vue. Un seul regret a été ressenti par nos confrères russes comme par nous-mêmes, c'est que vous n'y fussiez pas venus en plus grand nombre. Vous auriez pu admirer, entre autres choses, cette magnifique clinique dermato-syphiligraphique de Moscou qui contient, outre de nombreux malades, toujours choisis pour l'enseignement, des installations balnéaires perfectionnées et complètes, des salles pour pansements modèles, des salles séparées pour les pansements variés et pour les opérations dermatologiques, électriques et autres, auxquels les élèves sont appelés à s'exercer sous la direction de chefs expérimentés, des amphithéâtres vastes et spacieux, des salles bien éclairées pour les démonstrations microscopiques, anatomiques, bactériologiques, des salles de conférences, de moulages, de photographies, des cabinets pour la physique, la chimie, la physiologie même, dans leurs applications à la dermatologie, des cabinets pour l'exploration des organes génito-urinaires, pour les examens des yeux, oreilles, nez, larynx, enfin des salles pour la conservation des pièces anatomiques, véritable musée servant aux leçons magistrales, enfin tout ce qu'il faut pour l'étude élémentaire et approfondie des dermatoses. C'est certainement l'établissement le plus complet et le plus réussi, le mieux compris et le mieux adapté, qui existe actuellement pour l'étude et l'enseignement autant que pour la pratique et la cure des maladies de la peau et de la syphilis.

Avec la photographie de cette clinique unique, due à l'initiative intelligente et généreuse de riches bienfaiteurs, dont on souhaiterait de voir suivre le grand exemple chez nous, j'ai l'honneur de déposer sur votre bureau un ouvrage sur les divers centres cliniques de l'Université de Moscou.

Enfin, j'ai le grand plaisir de vous remettre une lettre officielle de M. le professeur A. Pospelow, qui remercie la Société de dermatologie, l'hôpital

Saint-Louis, l'administration de l'Assistance publique, et la Municipalité de Paris, pour leur participation à l'Exposition du XII^e Congrès international : « Que nos grands confrères de l'hôpital Saint-Louis, MM. Fournier, Besnier, Hallopeau, Tenneson et autres, que MM. Gaucher, Barthélemy, Jullien, Verchère, Oudin, Le Pileur, ainsi que M. Wickham, l'aimable administrateur du musée, reçoivent nos plus vifs et plus sincères remerciements. Vous nous avez prouvé une fois de plus, chers confrères français, vos dispositions amicales que nous apprécions tant, nous autres médecins russes ! La collection des œuvres de Baretta a été le clou de cette exposition ou encore la belle fleur dans la verdure à peine épanouie de la dermatologie russe, cette sœur cadette qui cherche à imiter sa sœur aînée, la célèbre École de l'hôpital Saint-Louis, de Paris ! Au nom du Comité de la VIII^e section comme au mien personnellement, soyez remerciés, vous tous qui avez pris part à ces envois à notre Congrès de toute cette magnifique collection de moulages, de photographies, de dessins coloriés, de brochures, de livres rares et précieux, d'instruments variés, et de travaux de toutes sortes. »

Vous le voyez, Messieurs, après nous avoir si bien accueillis et tant fêtés, nos confrères de Russie poussent la courtoisie jusqu'à trouver le moyen de nous remercier encore ; c'est eux qui furent nos hôtes magnifiques et c'est nous qui sommes remerciés !... Que nos chers confrères de Russie sachent bien que tant de sympathie et de délicatesse nous ont touchés jusqu'au fond du cœur : Nous garderons de leur pays un souvenir excellent, inoubliable, et nous conserverons pour eux-mêmes les sentiments les plus profonds de confraternité scientifique, d'estime et de gratitude.

M. BESNIER. — Je prie M. Barthélemy de vouloir bien adresser, au nom de la Société de dermatologie, à M. le professeur Pospelow nos sincères remerciements pour la lettre qui vient d'être lue et la photographie qui y était annexée.

M. WICKHAM. — En réponse aux remerciements de M. le professeur Pospelow, nous tenons à faire connaître au nom du comité de direction de la Bibliothèque et du Musée de l'hôpital Saint-Louis, la haute courtoisie de M. le professeur Pospelow qui, au nom de l'Université de Moscou, a voulu participer matériellement à nos efforts pour l'installation d'une belle exposition du Musée de Saint Louis au XII^e Congrès. Les membres de la Société de dermatologie voudront s'associer à nous dans l'expression des chaleureux remerciements que nous adressons au professeur Pospelow.

Permettez-nous aussi, Messieurs, d'offrir le témoignage de notre reconnaissance à MM. Barthélemy et Jeanselme, pour la peine qu'ils ont prise dans l'installation des expositions de Moscou et de Berlin.

Lentigo mélanique.

Par MM. BALZER, GAUCHER et MILIAN.

Nous présentons cette malade à la Société de dermatologie à cause de la singularité des lésions qu'elle porte. Le terme de lentigo mélanique que nous proposons est purement symptomatique et ne préjuge en rien de sa cause.

Nous verrons par la suite si la pathogénie en peut être éclairée. Voici l'observation :

Victorine Par... est âgée de 29 ans, infirmière de sa profession.

Ses père et mère sont morts très âgés, de ramollissement cérébral. Elle eut six sœurs et deux frères. Tous sont morts d'affections diverses, mais n'ayant aucun point de contact avec celle de notre malade.

La malade elle-même eut, à l'âge de 17 ans, une péricardite qui fut soignée à l'Hôtel-Dieu pendant trois mois. Il y a six ans débuta aux membres inférieurs un eczéma qui fut soigné dans le service de M. Fournier et guérit. En février 1897, elle eut une fièvre typhoïde qui dura trois mois et fut soignée à l'hôpital Saint-Joseph. Dans les premiers jours d'août 1897, son eczéma réapparut et gagna la face et les membres supérieurs. Elle entra alors dans le service de M. Balzer ; au bout de quelques jours elle eut alors une poussée douloureuse du côté des membres supérieurs, poussée fébrile et vaguement articulaire. Cette poussée résista à l'action du salicylate de soude et ne fut améliorée que par l'antipyrine. C'est pendant la convalescence de la fièvre typhoïde qu'apparurent les taches lenticulaires qui se constituèrent progressivement telles qu'elles sont aujourd'hui.

En résumé, ce lentigo mélanique est apparu vers la fin de mai 1897, quelques semaines après la guérison d'une fièvre typhoïde, au cours d'un eczéma séborrhéique et à l'occasion de poussées douloureuses fébriles dans les régions où sont localisées les taches mélaniques.

Le développement de la pigmentation s'est fait progressivement en commençant par le bord radial des mains puis en s'étendant aux doigts, au dos de la main et enfin aux régions que nous décrivons plus loin.

Le 12 octobre, époque à laquelle fut prise cette observation, on constatait chez cette malade des lésions qui ne se sont guère modifiées par la suite et qui sont de deux ordres : 1° des lésions eczémateuses ; 2° des taches pigmentaires.

Les lésions eczémateuses sont réparties au cuir chevelu, au visage, cou, thorax antérieur, avant-bras, jambes, face antérieure des cuisses. Il s'agissait d'eczéma séborrhéique sec avec état fendillé de la peau, desquamation fine, et légère infiltration du derme. Les cheveux sont très clairsemés et la partie externe des sourcils est presque complètement tombée.

Les poils de la face dorsale des premières phalanges sont coupés au ras du follicule et apparaissent comme des points tachant la peau. Les ongles présentent aussi quelques altérations ; cannelures et sillons irréguliers.

Quelques papules excoriées existent aux avant-bras. Les téguments sont lichénifiés sur une petite étendue au niveau du creux poplité. Il ne paraît pas y avoir de rapport entre la répartition des lésions eczémateuses et celle des taches pigmentaires.

Les *taches pigmentaires*, taches mélaniques lenticulaires, sont disséminées mais cependant assez confluentes sur le dos des mains et des doigts où elles prédominent, puis aux avant-bras à la partie inférieure et antérieure, le long du bord radial. Il en existe une seule à la face palmaire de la main. On les trouve aussi sur le cou où elles sont très disséminées, autour de la bouche où elles sont très nombreuses, mais petites, et débordent jusque sur la muqueuse labiale, sur les paupières, surtout aux supérieures.

La dimension des taches varie entre celle d'une tête d'épingle et celle d'une lentille. Leur dimension moyenne est d'un grain de millet sur le dos de la main. Ailleurs, la dimension moyenne est moins grande. A l'avant-bras, en particulier, au fur et à mesure qu'on remonte vers l'épaule, cette diminution s'accroît de plus en plus.

La forme générale des taches est à peu près arrondie ou ovale. Leur teinte varie du café au lait à la couleur sépia ou noire encre de Chine. L'ensemble de ces lésions forme un tacheté qui rappelle le xeroderma pigmentosum.

La conjonctive, la muqueuse buccale, la vulve et l'anus ne présentent pas de pigmentation.

Tolles sont les lésions cutanées. Les autres systèmes sont intéressants à étudier.

Les *articulations des premières phalanges* avec les secondes sont noueuses, ainsi que Bouchard l'a décrit dans la dilatation de l'estomac.

Le *système nerveux* présente quelques altérations. Il existe une hémianesthésie droite légère, sans thermoanesthésie. On constate des points hystéro-gènes cardiaque et ovarien gauche.

Le champ visuel est rétréci à gauche. Il est vrai qu'il y a eu récemment à cet œil une kératite qui a laissé une petite taie à la partie inférieure et externe.

Les réflexes rotuliens sont un peu exagérés.

Il existe en outre des *stigmates d'éthylisme* : crampes dans les mollets, douleur à la pression des gastrocnémiens, cauchemars, pituites.

Le tube digestif, l'appareil respiratoire, l'appareil urinaire sont intacts.

L'appareil circulatoire paraît sain ; depuis quelque temps cependant la malade se plaint de battements de cœur.

Le 20 octobre, une biopsie fut pratiquée sur le dos de la main gauche vers le bord cubital. L'examen histologique en sera donné plus loin.

6 novembre. L'état de la malade est stationnaire. Il semble cependant que la pigmentation ait légèrement diminué à la main droite. Elle a d'ailleurs toujours été moins marquée à la main droite qu'à la main gauche et il est intéressant de rappeler à ce propos que toujours et maintenant encore, les douleurs ont été moins intenses de ce même côté.

Aujourd'hui encore la malade souffre dans les bras d'une manière très notable. En permanence il y existe une douleur pongitive qui, par instants, devient lancinante. Cette douleur est exaspérée par la pression, surtout

dans le domaine du cubital à l'avant-bras et même au bras. Les mouvements, surtout ceux de flexion, qui tendent le cubital sur la trochlée humérale, l'exaspèrent au même titre.

Examen histologique. — La lésion unique constatable est la pigmentation; aucun des autres éléments de la peau n'est altéré. Nous devons dire cependant que l'examen des terminaisons nerveuses n'a pas été pratiqué.

Ainsi qu'on peut s'en rendre compte à un grossissement moyen ou faible, la pigmentation n'existe que sur des régions distinctes correspondant aux taches mélaniques (ce que l'on pouvait prévoir à priori) et non d'une manière diffuse avec prédominance en certains points. Elle est presque totalement épidermique et dans l'épiderme elle n'occupe que le corps muqueux de Malpighi.

Mais le corps muqueux n'est pas pigmenté en totalité : c'est surtout dans la couche génératrice de ce corps muqueux et à son voisinage que l'infiltration pigmentaire se rencontre. Au fur et à mesure qu'on approche du stratum granulosum, le pigment disparaît.

La couche pigmentée n'est pas elle-même continue, elle ne dessine pas sur la coupe une bande ininterrompue suivant les sinuosités de la surface du derme; elle n'existe que sur les flancs des papilles, laissant indemnes les cellules basilaires qui couronnent le sommet de ces papilles.

A un plus fort grossissement (Leitz, oc. 2, obj. 6 ou immersion 1/12) on peut distinguer la manière intime dont est distribué le pigment par rapport aux cellules, et l'on y voit très nettement une série de figures qui peuvent servir à comprendre la pathogénie de la pigmentation en général.

Le pigment épidermique se trouve sous la forme de granulations extrêmement fines, assez peu souvent incluses dans les cellules, mais bien plutôt dans les interstices. Il en résulte, qu'en certains points, ces interstices sont comme injectés et que les granulations pigmentaires dessinent des petits trajets sinueux faisant ressortir les formes cellulaires.

Dans les mailles du derme sous-jacent aux régions épidermiques affectées, on découvre à grand-peine quelques points mélaniques.

Il n'y a plus là de granulations éparses, mais des cellules infiltrées en masse. Celles-ci sont rares et paraissent être des cellules conjonctives ou des leucocytes chargés de pigment.

Il existe plus rarement des formes intermédiaires qui siègent aussi dans le derme mais plus près de l'épiderme : elles représentent des figures irrégulières, à prolongements inégaux, rappelant assez les clasmatoctes de Ranvier.

Le pigment est de la mélanine. En effet, outre sa teinte caractéristique, il présente tous les caractères négatifs qu'on attribue à cette matière : absence de coloration par le ferrocyanure de potassium et l'acide chlorhydrique, résistance à l'action de la potasse et des acides forts.

Quel diagnostic porter ici ?

L'aspect objectif est assez celui du *xeroderma pigmentosum* au début, mais il n'y a aucun des autres éléments constitutifs de cette affection, à côté des taches pigmentaires.

Il nous paraît plus vraisemblable qu'il s'agisse d'un trouble tro-

phique de la peau auquel le terme de *lentigo mélanique* peut être attribué, étant données la forme des éléments pigmentés, leur répartition dans les régions exposées au soleil, et la nature du pigment.

Mais quelle est la cause de ce trouble trophique ?

La *fièvre typhoïde* contractée par la malade trois ou quatre mois avant son apparition nous paraît pouvoir être invoquée. De quelle façon a-t-elle pu agir ? A-t-elle déterminé des lésions viscérales (glandes surrénales, rate, etc.) parenchymateuses, ou des plexus nerveux viscéraux, capables de troubler d'une manière permanente les fonctions de pigmentation dans les régions où se produisent de préférence ces perturbations ? ou bien a-t-elle laissé en ces divers points comme séquelles des névrites périphériques qui auraient provoqué ces taches mélaniques ? La deuxième hypothèse a pour elle les signes positifs suivants ; 1° il existe aux avant-bras, ainsi qu'aux bras, des douleurs suivant le trajet des nerfs, du cubital en particulier, et ces douleurs peuvent être réveillées par la pression ou par les mouvements de flexion de l'avant-bras sur le bras qui tendent le nerf cubital sur la trochlée humérale ; 2° les poussées douloureuses pseudo-rhumatismales qui ont précédé la pigmentation et qui, d'ailleurs, ont résisté à l'action du salicylate de soude, annonçaient peut-être le début de névrites des membres supérieurs. Il y a eu aussi quelques douleurs du côté de la face.

Enfin le terrain hystéro-alcoolique de la malade est, sans parler de l'eczéma, une cause favorable au développement de la névrite.

D'autre part, il faut tenir compte de ce fait que la pigmentation nettement observée par la malade, a débuté franchement pendant la convalescence de la fièvre typhoïde. La malade a même pu dire qu'elle avait commencé par la main gauche sur le bord radial, puis sur le pouce droit. Elle a eu une fièvre typhoïde prolongée dans laquelle des altérations viscérales persistantes ont pu se produire. Il serait donc possible que cette observation doive être rattachée au groupe des pigmentations qui ont pour origine des lésions des viscères abdominaux. On conçoit qu'une conclusion ferme ne puisse être donnée dans des cas de ce genre.

Le moulage de la main, par M. Baretta, est déposé au Musée de l'hôpital Saint-Louis.

M. DU CASTEL. — J'ai revu il y a quelque temps une femme atteinte de xeroderma pigmentosum et qui a été présentée autrefois à la Société par M. Quinquaud. Cette femme s'est mariée à 19 ans à un homme bien portant, et elle a eu un enfant, que j'ai vu également, et qui est actuellement très bien portant.

Un cas de phagédénisme chancrelleux.

Par M. BALZER.

J..., cocher, 30 ans, entre le 3 août 1897, à l'hôpital Saint-Louis, salle Hillairet, présentant un ulcère phagédénique étendu à presque toute la verge et pour lequel il est entré à diverses reprises à l'hôpital.

A la fin de mars 1896, immédiatement après un rapport sexuel, il s'est aperçu d'une écorchure à la face dorsale et sur la partie médiane de la rainure balano-préputiale. Il est à noter à ce moment que le malade n'avait pas eu d'autre rapport depuis deux mois.

Le premier médecin qui fut consulté prescrivit une pommade au calomel. L'ulcère, qui était très douloureux, s'étendit rapidement en quelques jours, gagnant la plus grande partie de la rainure. Au bout de six jours, œdème considérable du prépuce, formation d'un phimosis et simultanément adénite inguinale double très volumineuse, peu douloureuse, sans rougeur à la peau. Le phimosis et la balanite persistent pendant un mois, malgré des lavages au permanganate de potasse; l'urine s'accumulait dans la cavité préputiale et s'écoulait avec difficulté. Au commencement du mois de mai, le malade entre à l'hôpital de Fougères (Ille-et-Vilaine): on incise le prépuce à la face dorsale, et l'on trouve le gland profondément rongé et déjà réduit de moitié par le phagédénisme. Malgré des lavages à l'eau boricquée ou permanganatée, malgré les pansements à l'iodoforme et au nitrate d'argent, ce phagédénisme s'accroît en remontant vers la racine de la verge. Au bout de trois mois, le malade vient à Paris et entre à l'hôpital Ricord, salle 6, dans mon service.

A ce moment l'ulcère occupe toute la face dorsale de la verge, il suppure abondamment, ses bords sont décollés profondément, principalement vers la racine de la verge; le prépuce forme un jabot volumineux. Le fond et le bord de l'ulcère ont bien l'apparence du phagédénisme chancrelleux. On institue le traitement local suivant: débridement au thermocautère à la racine de la verge, de façon à bien découvrir tout l'ulcère; irrigation quotidienne avec une solution de permanganate de potasse de 1/4000 à 1/1000 aussi chaude que le malade peut la supporter, c'est-à-dire à 40° ou 45°.

Cette irrigation est faite dans la matinée et dans l'après-midi, parfois pendant cinq ou six heures consécutives, et après l'irrigation le malade est minutieusement pansé à l'iodoforme. On prescrit en même temps les toniques. Ce traitement, avec lequel j'avais obtenu des succès rapides que j'ai rapportés dans ma communication au Congrès de Londres (1896), ne donna pas dans ce cas des résultats aussi heureux. Le permanganate de potasse parut bientôt insuffisant et j'essayai l'emploi de l'irrigation continue avec une solution de sublimé à 1/2000, puis avec la liqueur de Labarraque diluée à 1/10. Ces deux liquides donnèrent des résultats moins bons que le permanganate de potasse qui fut repris. Pendant quelques jours nous crûmes avoir enrayé le phagédénisme, les bords de l'ulcère étaient plus décollés, en certains points l'épiderme semblait même se reformer. Les

irrigations furent interrompues et le malade pansé seulement à l'iodoforme. Mais bientôt il fut évident que le processus n'avait été que ralenti et les irrigations chaudes au permanganate de potasse durent être reprises.

A ce moment parut sur le tronc une éruption de taches rosées analogues à celles de la roséole. L'idée de syphilis fut acceptée d'autant plus volontiers que le traitement local, malgré son énergie, paraissait tout à fait impuissant.

Le traitement spécifique fut donc institué énergiquement comme pour combattre un phagédénisme syphilitique : injections intra-musculaires d'huile grise de 0,07 centigrammes de mercure par semaine, KI graduellement poussé jusqu'à 12 grammes par jour. Pour le traitement local on se borne à ce moment à l'application de l'iodoforme, de l'aristol ou de l'europhène. Ce traitement général resta impuissant comme le traitement local. Le malade affaibli par le séjour au lit, par l'insomnie, par le désespoir, supporta mal le mercure. Le traitement dut être suspendu au bout de deux mois. Il eut une gingivite peu intense, mais persistante, qui contribue encore à l'affaiblir par la gêne de la mastication et l'insuffisance de l'alimentation. Finalement une bronchite suspecte et tenace se déclara et l'amaigrissement paraissant faire des progrès rapides, je conseillai au malade de retourner dans son pays.

A ce moment l'ulcère a depuis longtemps perdu l'apparence chancrelleuse, ses bords sont toujours décollés assez profondément, mais le fond est lisse et rosé. Les corps caverneux sont complètement découverts et notablement diminués de volume; la réduction porte surtout sur le gland qui ressemble à celui d'un enfant et qui, à sa base, est séparé des corps caverneux par un étranglement très marqué. Dans les derniers temps le traitement local a été fréquemment modifié. J'ai employé le traitement par le tartrate ferrico-potassique, et sur le conseil de M. Humbert, j'ai essayé les pansements à l'alcool camphré phéniqué qui n'ont pas donné de résultats. J'ai essayé aussi sans plus de succès, les pansements avec la solution de chlorure de zinc de 1/200 à 1/500. En somme, c'est encore l'irrigation et la balnéation continue chaude qui ont donné le plus de résultats : toutefois si elles ont paru suffire pour enrayer le processus destructif, elles n'ont pas pu provoquer franchement la réparation.

Le malade part au mois de décembre pour les environs de Fougères. Là l'état général se rétablit rapidement, l'anémie cesse, l'appétit et les forces reviennent, mais localement le phagédénisme gagne toujours. Il rentre de nouveau à Paris au bout de trois mois et retourne à l'hôpital Ricord, dans le service de M. Mauriac où il est traité par les pansements à l'iodoforme sans résultat bien marqué.

A son entrée à l'hôpital Saint-Louis, on constate que l'ulcère présente une surface lisse, les bords sont décollés; on ne voit de tendance à la cicatrisation que sur un seul point, au voisinage du gland. Le gland est réduit dans une proportion considérable, à peine au tiers de son volume; les corps caverneux sont réduits dans les mêmes proportions. Le processus ne paraît pas présenter une grande tendance ni à l'extension, ni à la réparation. L'état général est bon. On prescrit seulement les toniques et le malade reprend de nouveau les irrigations chaudes au permanganate de potasse

avec les pansements à l'iodoforme. Au bout de quelques jours nous montrons le malade à M. Gaucher qui nous conseille d'essayer l'emploi d'une solution de chlorure de zinc très faible. On applique alors les jours suivants un pansement composée de bandelettes de gaze iodoformée imbibée avec une solution de chlorure de zinc à 1/1000.

Ce pansement a pour premier effet de faire cesser les petites cuissons pénibles qui n'ont jamais cessé et qui troublaient parfois le sommeil du malade. Bientôt il est facile de reconnaître qu'un liséré de cicatrisation épidermique se développe sur les bords de l'ulcère. Il se forme avec une extrême lenteur, mais finit cependant par recouvrir toute la surface de l'ulcère dans l'espace de deux mois. La cicatrisation a été retardée pendant quelques jours, le malade ayant cru bien faire en élevant un peu le titre de la solution de chlorure de zinc. Elle a évolué régulièrement lorsqu'il a été ramené à 1/1000. Le malade sort guéri à la fin d'octobre 1897, et part en convalescence pour l'asile de Vincennes.

Dans l'état de flaccidité la verge est réduite au quart à peine de ses dimensions; dans l'état d'érection, elle reprend encore un certain volume; une partie de la peau du pénis forme un jabot à la face inférieure de la verge.

Le début de l'ulcère a été nettement celui du chancre simple. La recherche des bacilles de Ducrey a été faite sans résultat, mais probablement trop tard, sur des surfaces déjà modifiées par l'application de divers traitements.

Les douleurs ressenties par le malade, la marche lente, inexorable du phagédénisme, étaient bien semblables à celles que l'on observe dans le phagédénisme chancrelleux. Ajoutons à ces diverses raisons l'échec complet d'un traitement spécifique très énergique par le mercure et l'iodure de potassium. Ainsi que l'ont depuis longtemps observé les auteurs, ce traitement a été plutôt nuisible, en anémiant et en cachectisant le malade, au point que l'on put croire un moment au développement de la tuberculose pulmonaire.

Les irrigations continues chaudes ont eu des effets assez satisfaisants; elles ont modifié l'aspect de l'ulcère qui sous leur influence devenait rouge, lisse, en conservant seulement çà et là quelques points jaunâtres disséminés. Si elles n'ont pas produit un effet décisif, c'est peut-être parce qu'elles ont été employées avec des solutions trop fortes; des solutions de permanganate de potasse de 1/6000 à 1/4000 vaudraient mieux sans doute en pareil cas que des solutions à 1/1000. En effet, il en a été ainsi pour l'emploi du chlorure de zinc; il a échoué complètement en solution relativement forte à 1/200 et 1/500; il a réussi, au contraire, avec la solution à 1/1000 que nous avons employée sur le conseil de M. Gaucher. Cette particularité intéressante est à relever et à rapprocher de l'observation analogue qui a été faite par M. Du Castel sur l'utilité des solutions modificatrices très faibles dans le traitement des ulcères variqueux.

M. HALLOPEAU. — M. Balzer a-t-il fait des recherches au point de vue bactériologique chez ce malade ?

M. BALZER. — J'ai recherché le bacille de Ducrey et ne l'ai pas trouvé; toutefois je ferai remarquer que je n'ai vu cet homme qu'après plusieurs mois de traitement.

M. HALLOPEAU. — On peut faire en effet deux hypothèses à propos de ce phagédénisme; ou c'est le bacille de Ducrey lui-même qui est en cause et dont la virulence s'est exaltée, ou il s'agit d'un microbe surajouté, d'une infection secondaire.

A propos du traitement du phagédénisme, je rappellerai que j'ai obtenu des résultats chez un homme de 28 ans atteint depuis quatre mois d'un chancre phagédénique très étendu de la région inguinale qui résistait à tous les traitements, par l'application d'une solution concentrée de tartrate ferrico-potassique. Cette application est assez douloureuse; aussi je la fais précéder d'attouchements avec de l'alcool pur.

M. BALZER. — J'ai appliqué ici le traitement de M. Hallopeau, en suivant ses indications; mais le tartrate ferrico-potassique a échoué complètement.

M. BARTHÉLEMY. — Ricord et M. Fournier ont insisté sur les avantages qu'offrent les préparations peu énergiques dans ces cas. Ainsi Ricord prescrivait des bains de tilleul; M. Fournier emploie souvent l'eau boriquée simple. Le phagédénisme est une complication qu'on n'observe plus que rarement aujourd'hui. Dans les quelques cas que j'ai eus à traiter à Saint-Lazare, le sulfate de cuivre au centième et plus récemment l'eau oxygénée m'ont donné des résultats assez satisfaisants.

M. BALZER. — Je n'ai pu énumérer ici tous les moyens qui ont été employés chez mon malade; nous avons essayé les traitements les plus divers. M. Humbert, à qui j'avais présenté cet homme, a conseillé l'alcool camphré phéniqué qui lui avait, disait-il, toujours donné de bons résultats; ce topique a échoué. De même, je n'avais eu jusqu'à présent que des succès par l'irrigation continue chaude au permanganate de potasse, ce traitement est resté sans effet dans le cas actuel.

Hémato-lymphangiome de la langue et du voile du palais.

Par MM. L. BROcq et LÉON BERNARD.

Nous avons l'honneur de présenter à la Société un jeune homme de 17 ans, qui nous a été adressé par le Dr Châtellier, et qui est atteint d'une lésion assez rare de la langue. Sur la partie postérieure gauche de l'organe on voit une tumeur globulaire, allongée d'avant en arrière, de 6 à 7 centimètres de long, faisant une saillie de un centimètre et demi environ au-dessus du niveau de la muqueuse normale.

Ses contours sont assez peu nets: sa surface est irrégulière: elle présente vers son milieu une sorte d'étranglement transversal qui la divise

en deux parties principales : chacune d'elles présente des sillons secondaires qui les vallonnent en quelque sorte. En l'examinant d'assez près, on voit que sa surface est hérissée de petites bosselures à contours arrondis, à sommet aplati, assez acuminées, et de volume variable ; les unes miliaires, les autres pouvant atteindre les dimensions d'une petite lentille. La plupart sont intermédiaires aux précédentes. Vers les bords se trouvent quelques bosselures isolées. Sur la surface même de la tumeur elles sont surtout groupées en forme de bouquets. Leur couleur est en général blanchâtre, opalescente ; elles sont comme translucides : les plus petites ressemblent à des grains de semoule ; en les regardant avec attention on s'aperçoit qu'elles portent à leur centre un petit point violacé qu'on voit par transparence. Quelques-unes ont un contenu hémorrhagique et présentent une coloration violet foncé.

Sur le voile du palais, également à gauche et tout à fait en arrière vers la luette, on distingue des lésions analogues qui viennent se terminer vers les piliers du voile devenu méconnaissable et vers le pharynx.

Cette néoplasie n'est nullement douloureuse ni spontanément, ni à la pression, ni aux divers mouvements physiologiques que peut exécuter le sujet.

Elle est congénitale : à la naissance elle était constituée, au dire du malade, par de simples petits points imperceptibles, qui peu à peu se sont développés et agglomérés.

La tumeur est devenue un peu gênante par son volume depuis l'âge de 12 ans. Actuellement elle continue à évoluer. Le malade affirme qu'à chaque changement de saison elle subit une sorte de turgescence qui dure trois semaines ; elle est alors entièrement violacée ; puis elle s'affaisse et reprend l'aspect que nous venons de lui décrire. Ces sortes de poussées fluxionnaires se produiraient quatre fois par an.

Le malade présente sur le dos et en divers autres points du corps de fines télangiectasies formant arborisation : il a de la tendance marquée aux varices. En outre, il existe chez lui un nævus verruqueux à la nuque, un autre à la poitrine, un nævus pigmentaire vers le dos, un nævus vasculaire à la face postérieure de la cuisse droite.

Nous avons ponctionné à deux reprises des vésicules choisies sur le bord de la tumeur ; il s'en est écoulé un liquide qui présentait tous les caractères de la lymphe et qui était notablement plus abondant que ne le comportait la capacité des vésicules ponctionnées. Au bout d'un certain temps ce liquide se colorait de sang, puis il venait du sang en apparence pur.

De l'examen macroscopique attentif de la lésion, et de l'étude minutieuse de coupes histologiques que nous nous proposons de discuter dans un mémoire ultérieur, nous croyons pouvoir conclure qu'il s'agit ici d'une lésion d'origine congénitale, subissant un processus graduel de développement avec la croissance et pour laquelle la dénomination d'hémato-lymphangiome nous paraît la plus convenable.

D'ailleurs nombre de faits analogues ont déjà été publiés avec force

discussions histologiques et cliniques sous des termes variés, le plus souvent sous celui de lymphangiome circonscrit. Mais ils ont été surtout observés sur les téguments externes au niveau de la face, du cou, des épaules, de la racine des membres inférieurs.

Nous avons cru tout d'abord avoir affaire à un cas unique, mais des recherches bibliographiques rapides nous ont déjà permis de retrouver dans la littérature médicale cinq cas analogues dus à Baldy, Bryant, Butlin et Samter.

Nous nous proposons, comme nous venons de le dire, de publier un mémoire détaillé sur cette question.

Notre malade a déjà été traité depuis deux ans presque sans résultat par l'ignipuncture. Depuis les trois semaines que nous l'observons, M. le Dr Bisserié, qui est chargé de l'électrothérapie du service, lui a fait six séances d'électrolyse négative. Elles ont déjà modifié l'aspect de la tumeur et fait disparaître nombre de dilatations ampullaires. Nous espérons arriver par ce moyen à réduire notablement la néoplasie.

M. LEREDDE. — Je demanderai à M. Brocq si ce malade n'a pas eu d'érysipèle; il est possible en effet que les turgescences de la tumeur soient en rapport avec des poussées streptococciques.

J'ai publié avec M. Robin un cas de varices lymphatiques de la langue qui devenaient très apparentes au moment de poussées érysipélateuses auxquelles notre malade était sujet.

M. BROcq. — Cet homme n'a jamais eu d'érysipèle; il s'agit d'ailleurs ici, non de varices lymphatiques, mais d'une malformation congénitale avec un double processus; c'est une lésion mixte, un hématomphangiome.

Sur quatre cas (deux anciens et deux nouveaux) de mycosis fongolde.

Par M. H. HALLOPEAU.

Les cas de mycosis continuent à abonder dans notre service; il semble vraiment que cette dermatose augmente de fréquence; peut-être aussi savons-nous mieux la reconnaître; car, si nous ne nous trompons, les générations précédentes n'auraient pu faire que bien difficilement le diagnostic chez plusieurs des malades que nous présentons.

Il en est ainsi, en premier lieu, des nommés Gr... et Cl..., atteints tous deux de la forme érythrodermique, nettement établie depuis notre travail en collaboration avec M. Besnier; elle était auparavant tout à fait méconnue.

Gr..., actuellement couché au numéro 78 de notre salle Bazin, en offre tous les caractères essentiels, c'est-à-dire une érythrodermie généralisée, un prurit intense qui a amené l'usure des ongles des deux mains et la transformation de leur bord convexe en bord profondément excavé, un épaissement appréciable de la peau, de petites infiltrations papuleuses en diverses régions, particulièrement aux cuisses et dans le dos, l'absence de prurigo indiquant une modification dans le mode de réaction de la peau, des adénopathies multiples et volumineuses, un état grêle et une raréfaction des cheveux.

Ce malade, âgé de 48 ans, assure avoir eu, pendant les trois années qui ont précédé le début de son éruption, des frissons vespéraux et des vomissements matutinaux : ces accidents ont cessé lorsque l'éruption a commencé à se manifester le 25 mai 1895 ; après avoir débuté par le devant des cuisses, elle s'est étendue à la partie antérieure des bras, puis aux mains, à la tête, aux pieds et en dernier lieu seulement au tronc : la santé générale a souffert ; le malade a senti ses forces diminuer en même temps qu'il maigrissait : le phénomène dominant est toujours le prurit qui s'exaspère par accès d'une grande violence et trouble profondément le sommeil ; il est soulagé depuis quelques semaines très insuffisamment par les applications du glycérolé cadique faible.

L'examen du sang donne 16,800 leucocytes par millimètre cube, au lieu de 12,000, nombre ordinaire ; les éosinophiles sont rares.

On ne doit pas désespérer de voir cette situation si pénible s'améliorer, nous en avons pour témoin notre second malade.

M. Cl..., que nous avons montré déjà dans la séance du 18 juin, est atteint depuis deux ans de cette maladie. L'érythrodermie était alors généralisée, elle s'accompagnait de violents accès de prurit, de sueurs abondantes, etc. (voir l'observation) ; aujourd'hui, l'érythrodermie s'est considérablement atténuée ; elle a disparu au tronc et au visage ou du moins y est difficilement appréciable ; on ne la distingue plus nettement qu'au niveau des jarrets et aux plis des coudes ; on voit aussi des saillies lichénoïdes aux poignets, et à la partie interne des cuisses. (Ce malade a été traité par le hoang-nan et le réalgar, suivant la formule usitée contre la lèpre.)

Par contre, un phénomène nouveau s'est manifesté, un placard rouge et végétant s'est développé sur la face dorsale de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce de la main gauche ; son relief est d'environ 3 millimètres ; il est le siège d'une légère desquamation et d'un prurit intense ; on voit, à sa périphérie, d'autres saillies de même aspect, mais moins volumineuses ; on retrouve des placards semblables sur le bord radial de la main droite, leur diamètre varie entre celui d'une pièce de 50 centimes et celui d'une pièce de 1 franc.

On peut admettre qu'il se forme là des néoplasies mycosiques, comme nous l'avons constaté antérieurement dans d'autres cas.

Les deux autres malades sur lesquels nous nous permettons d'appe-

ler votre attention sont atteints de formes actuellement végétantes, qui diffèrent d'ailleurs beaucoup dans leurs caractères.

C'est la troisième fois que M. Guil... vient devant la Société. Lorsque nous l'avons présenté, le 19 avril 1896, avec M. Salmon, il était porteur d'une tumeur dorsale dont le début remontait à un an; elle mesurait alors 16 centimètres verticalement sur 14 transversalement et faisait une saillie d'environ 4 centimètres; il y avait concurremment, à sa périphérie, des plaques d'urticaire et, au-dessus du sein gauche, de petites taches pigmentées légèrement saillantes, représentant des néoplasies disparues; nous avons vu cette tumeur s'affaïssir avec une remarquable rapidité; lors de notre deuxième présentation, faite le 13 juin de la même année, avec M. Guillemot, elle ne formait plus qu'une saillie à peine appréciable; il semblait que la maladie marchât vers la guérison; dans l'intervalle, une poussée érythémateuse et ortiée confluyente avait envahi soudainement toute la région dorsale pour rétrocéder ensuite sans laisser de traces; depuis lors, la situation a malheureusement bien changé; la masse dorsale est devenue énorme; son diamètre transverse atteint 47 centimètres et elle s'étend verticalement sur une hauteur de 38 centimètres; sa saillie dépasse 5 centimètres, sa couleur est d'un rouge vif; des sillons plus ou moins profonds, n'atteignant pas la peau saine, la séparent en lobules; son pourtour est formé par un rebord d'aspect ortié, large de plusieurs centimètres; il est polycyclique, beaucoup moins coloré que la masse de la tumeur; en dehors de lui on voit, dans les régions sus-claviculaires, des plaques ortiées isolées; d'autres sont confluentes partiellement avec lui.

Dans le flanc droit, la tumeur se continue par des traînées en partie maculeuses, en partie saillantes, avec une seconde tumeur péri-mamelonnaire qui atteint 20 centimètres d'avant en arrière sur 2 centimètres verticalement; divisée également en lobules, elle est entourée d'une zone d'infiltration moins épaisse et moins colorée.

Le prurit est tolérable. On ne peut percevoir d'adénopathies. Depuis un mois, le rebord ortié a persisté avec les mêmes caractères.

Ces jours derniers, il s'est fait plusieurs pertes de substance dans la masse principale; les plus considérables sont en forme de croissant à concavité interne; la surface ainsi circonscrite présente l'aspect d'une cicatrice; on trouve au-dessous deux autres ulcérations d'aspect semblable; leurs bords sont nettement arrêtés; leur fond est recouvert de bourgeons charnus qui paraissent de bon aloi. L'état général est relativement satisfaisant.

La masse principale a l'apparence d'un lourd et volumineux fardeau que le malade vouté porterait sur son dos.

Sur le cuir chevelu, dans la partie inférieure de la région frontale gauche, se trouve une autre masse saillante qui mesure environ 12 millimètres de diamètre.

Au-dessous du coude gauche, on voit toujours la même saillie rouge elliptique, dure, qui a été signalée dans les premières notes; il est manifeste qu'elle n'a nullement les caractères d'un *naevus* et qu'en raison de l'existence de néoplasies semblables dans plusieurs des cas de mycosis

que nous avons étudiés antérieurement, nous nous croyons fondé à admettre comme vraisemblable qu'il s'agit bien là de la néoplasie initiale, de la porte d'entrée de la maladie.

Notre quatrième malade sort tellement de la règle et présente des symptômes si complexes que nous devons rapporter complètement son histoire.

Le nommé Caus..., âgé de 56 ans, forgeron, entré le 13 septembre 1897, salle Bazin, n° 44. Né dans le département de la Haute-Marne, il y séjourne jusqu'à l'âge de 12 ans. Il reste en France jusqu'à 21 ans, va alors à Rome où il reste un mois, revient en France, puis part pour l'expédition du Mexique où il séjourne 4 ans et demi, et rentre en France, d'où il n'est plus jamais sorti. Il n'a eu comme maladie vénérienne qu'une blennorrhagie; il assure n'avoir jamais eu de chancre; il ne porte aucune cicatrice sur le gland ou le prépuce.

Pendant l'expédition du Mexique, il n'aurait jamais eu aucune espèce de maladie exotique. Environ 13 ans après son retour du Mexique, en 1883, il a contracté des fièvres paludéennes à accès d'abord quotidiens pendant 6 mois, puis tierces. Ensuite ces accès devinrent vespéraux, de matutinaux qu'ils étaient tout d'abord. Le malade s'est soigné insuffisamment; il a pris en tout une quarantaine de cachets de quinine. Ces fièvres se sont renouvelées jusqu'il y a 4 ans environ; elles étaient irrégulières, revenaient 3 ou 4 fois par an et duraient environ 15 jours sous forme d'accès vespéraux.

Le début de la maladie actuelle paraît remonter à deux ans: le malade a eu en effet, à cette époque, sur les membres inférieurs, une éruption prurigineuse qui a été qualifiée d'eczéma par les médecins qui l'ont soigné; il s'est appliqué, pour en hâter la disparition, un cautère sur le bras gauche.

En octobre 1896, il se produit une tuméfaction avec rougeur de la face et du membre supérieur droit; on croit d'abord à un érysipèle; ces accidents se prolongent pendant environ deux mois; ils sont suivis par l'apparition, en diverses régions, d'ulcérations qui guérissent en quelques semaines sous l'influence d'un pansement avec la poudre de charbon et de l'eau phéniquée.

Depuis lors, l'éruption s'est généralisée; incessamment de nouvelles néoplasies se développent, s'ulcèrent, puis se cicatrisent spontanément, car le malade n'a pris jusqu'à son entrée à l'hôpital que du sirop au jus d'herbes d'un charlatan.

Caus... paraît d'une constitution vigoureuse; il a notablement maigri depuis le début de sa maladie.

Le 20 septembre, l'éruption est constituée par des néoplasies disposées en courbes, formant soit des cercles, soit des fragments de cercles, soit des paraboles: elles sont isolées ou confluentes en plaques polycycliques; d'autres placards sont arrondis ou ovalaires.

Les néoplasies curvilignes sont constituées par des saillies larges de 3 à 6 millimètres: elles sont généralement plus pâles dans leur partie

interne et séparées dehors en par un fin soulèvement épidermique, d'une aréole d'un rouge sombre ; leur rebord se détache nettement des parties voisines ; d'autres placards sont rouges dans toute leur aire ; parfois leur centre est pigmenté.

D'autres placards sont ulcérés dans leur partie centrale. Ils affectent les mêmes formes que les précédents ; en beaucoup de points, des croûtes d'un jaune brunâtre recouvrent ces ulcérations. Le plus grand diamètre de ces placards varie de 2 à 15 centimètres. Ces néoplasies occupent toutes les parties du corps ; on voit en outre des macules brunâtres et des cicatrices ; celles-ci sont plus nombreuses aux membres inférieurs que dans les autres régions ; elles sont pour la plupart arrondies, ovalaires ou polycycliques ; quelques-unes forment des cercles concentriques, comme des cocardes ; elles sont entourées d'aréoles pigmentées ; elles laissent voir, par transparence, de nombreuses veines dilatées, tortueuses, bleuâtres et de petits flots de varicosités capillaires ; plusieurs sont en outre le siège, dans leur partie centrale, de taches pigmentaires simulant un tatouage par des grains de poudre ; les cercles pigmentés qui les entourent s'entrecroisent sans s'effacer dans les parties qui leur sont communes ; il n'y a pas là ces sortes d'interférences si remarquables dans les éruptions de psoriasis ainsi que dans les syphilides ; à la partie interne de la cuisse, un bourrelet, imitant une grande surface polycyclique, présente, dans sa moitié interne, une coloration blanchâtre analogue à celle des cicatrices. Comme intermédiaires aux lésions en activité et aux macules, nous notons des saillies rubanées, offrant les formes précédemment indiquées et remarquables par leur coloration d'un brun très sombre, leur induration, leur relief peu considérable et l'absence d'érythème à leur périphérie.

Le diagnostic est indécis ; notre première impression est celle d'un mycosis ; mais n'ayant jamais vu jusqu'ici, dans cette maladie, de cicatrices semblables à celles que nous venons de signaler, nous inclinons ensuite vers l'hypothèse d'une syphilis, malgré l'absence d'antécédents, et nous prescrivons l'iodure de potassium à la dose de 2 grammes en même temps que des frictions avec l'onguent napolitain.

Le 2 octobre, lorsque nous reprenons notre service, la situation s'est modifiée : plusieurs des ulcérations se sont entourées de cercles bulleux ; de plus, au-dessus de l'épine iliaque droite, une des plaques ulcérées est devenue végétante ; elle est surmontée, dans une partie de son étendue, d'une masse lisse, de couleur jaune sale, rappelant par son aspect celui des circonvolutions cérébrales ; autour, on voit des ulcérations multiples polycycliques, confluentes dans leur partie centrale qui est en partie cicatrisée.

A la partie postérieure de la cuisse gauche, une plaque ovale, mesurant 3 centimètres sur 2, est cicatrisée dans sa partie centrale, recouverte de croûtes noirâtres et rupioides à sa périphérie ; plus en dehors, l'épiderme est le siège d'un soulèvement bulleux ; des lésions analogues, mais plus petites, se trouvent disséminées sur les fesses, au-devant des cuisses et en différentes parties des membres supérieurs ; on note la prééminence de surfaces excoriées à la partie postérieure des jambes.

Le prurit est très modéré.

Les adénopathies n'existent que dans les régions sous-maxillaires et inguinales ; elles ne dépassent pas le volume d'une petite noisette. L'évolution des lésions paraît avoir été rapide : on voit, à la partie interne du genou droit, d'énormes cicatrices qui, d'après le malade, se sont formées en deux mois.

On doit se demander si l'apparition simultanée de ces néoplasies végétales et des soulèvements bulleux ne doit pas être rapportée à de l'iodisme. Quoique les saillies n'offrent pas les caractères qu'elles revêtent dans cette intoxication, on cesse l'usage de l'iodure de potassium et les frictions mercurielles sont remplacées par des pilules de Sédillot à la dose de deux chaque jour.

Le 20 octobre, malgré la cessation de l'iodure, la masse végétante de la région iliaque droite continue à progresser ; elle mesure 8 centimètres transversalement sur 3 verticalement, sa saillie est de 15 millimètres ; elle est entourée de saillies moins élevées, semi-circulaires, et d'un soulèvement bulleux ; le même soulèvement se retrouve autour de plusieurs autres placards ulcérés. Une bulle pemphigoïde s'est développée dans la nuit sous la plante du pied gauche, elle est remplie d'un liquide séreux ; sous la plante de l'autre pied, un soulèvement semblable renferme un liquide séro-purulent.

Sur le fourreau de la verge, on voit une ulcération en virgule, longue de 2 centimètres, large de 2 millimètres, recouverte d'un détrit grisâtre, légèrement végétante et contiguë par sa concavité avec une macule brunâtre légèrement déprimée.

Au visage, une ulcération s'est produite dans la moitié droite de la lèvre supérieure ; elle envahit la joue ; ses dimensions transversales mesurent près de 10 centimètres ; elle s'est développée avec une étonnante rapidité ; elle est entourée d'un bourrelet végétant ; elle donne lieu à un suintement séreux qui se concrète en croûtes brunâtres ou mélancériques ; la lèvre est considérablement tuméfiée ; la muqueuse buccale est intacte.

En raison de la persistance des proliférations et des soulèvements bulleux, malgré l'interruption du traitement ioduré, en raison aussi du facies presque pathognomonique du sujet et de l'évolution de la maladie, nous nous arrêtons au diagnostic de mycosis fongoïde. Les pilules de Sédillot sont néanmoins continuées ; on donne en même temps la solution d'arséniate de soude.

Le 27 octobre, la masse végétante iliaque est devenue encore plus saillante, son relief est aujourd'hui de 22 millimètres ; elle mesure 8 centimètres transversalement sur 5 verticalement : elle est entourée d'une surface en partie ulcérée, en partie cicatrisée ; elle présente le même aspect cérébroïde que précédemment.

A la partie inférieure de la fesse gauche, une plaque ulcérée et empiétant sur la cuisse est devenue végétante ; sa saillie atteint 8 millimètres ; un grand nombre des ulcérations indiquées précédemment végètent en totalité ou en partie ; la plupart sont entourées d'un soulèvement bulleux.

Le 29 octobre, les applications de compresses d'eau boriquée faites

depuis plusieurs semaines sont remplacées par un pansement avec la pommade boriquée.

La grosse masse végétante se renverse en dehors sur la peau saine et la déborde d'environ 5 millimètres ; elle prend, dans sa partie médiane, une teinte noirâtre qui indique un commencement de sphacèle ; elle exhale une odeur fétide.

A la partie interne de l'aisselle gauche, s'est développée une plaque serpiginieuse complexe : on y distingue un J à concavité antérieure ; ce soulèvement mesure environ 8 millimètres verticalement ; sa surface végétante est recouverte en partie d'un exsudat purulent et concret ; l'aire circonscrite par sa concavité présente une coloration d'un rouge sombre qui ne disparaît pas sous la pression du doigt ; au-dessus du J, se trouve une saillie nummulaire végétante de 25 millimètres de diamètre ; son relief est d'environ 3 millimètres ; son bord se renverse sur l'érythème qui l'entoure.

Au-dessous de la boucle du J, on voit une ulcération en fer à cheval également ulcérée, recouverte d'un exsudat jaunâtre : sa concavité est cicatrisée.

Toutes les parties intermédiaires à ces ulcérations ont la même coloration d'un rouge sombre ne disparaissant pas sous le doigt.

Le 2 novembre, une partie des saillies non ulcérées ont pris une coloration presque noire. Il s'y est fait des extravasations sanguines.

Le 10 novembre, la masse végétante iliaque mesure 9 centimètres transversalement sur 7 verticalement ; son relief est d'environ 25 millimètres ; ses dimensions ont donc considérablement augmenté dans ces 15 derniers jours ; les éruptions bulleuses végétantes se multiplient.

L'examen du sang, pratiqué ce même jour par M. Laffitte, dénote la présence de 39,000 leucocytes pour 6,300,000 hématies ; il y a donc de la leucocytose ; les éosinophiles sont rares.

L'aspect de ce malade est des plus saisissants : la tuméfaction de la face, l'altération toute particulière de la physionomie qui résulte des nombreuses néoplasies ou macules pigmentées, la tumeur volumineuse et ulcérée de la lèvre supérieure et de la joue, les innombrables éléments éruptifs qui recouvrent toute la surface du corps, depuis les néoplasies en rubans saillants, hyperpigmentées, légèrement squameuses, à contours serpigineux, jusqu'aux cicatrices complètement décolorées, en passant par les tumeurs cérébroïdes végétantes, ulcérées, gangrenées, hémorrhagiques, entourées de soulèvements bulleux et aux macules sombres, constituent un ensemble inoubliable.

Comme faits dignes d'être notés, nous mentionnerons le peu d'intensité du prurit : le malade ne le ressent que par instants, lorsqu'il a trop chaud, et le peu de retentissement du côté des ganglions lymphatiques : il y a à cet égard un contraste avec les malades atteints d'érythrodermie, qui passent leur temps à se gratter avec frénésie et chez lesquels les tuméfactions ganglionnaires sont énormes.

Une des particularités les plus remarquables chez ce malade est la présence de ces énormes cicatrices complètement décolorées qui, à

son dire, se sont formées en peu de semaines à la suite d'ulcérations ; en règle générale, en effet, les tumeurs mycosiques disparaissent sans laisser d'autres traces que des macules : ce n'est pas là cependant une règle absolue et, dans le cas de mycosis que nous avons présenté en 1894 au Congrès de Rome, il est fait mention de cicatrices ; de même chez le nommé G..., que nous venons de faire voir à l'instant, on voit au-dessous de l'énorme tumeur dorsale, du tissu de cicatrice indiquant qu'une partie de la masse a subi une évolution rétrograde ; mais néanmoins ces cicatrices doivent être considérées comme exceptionnelles, car on ne les voit figurer que sur un des nombreux moulages de mycosis que contient notre Musée et elles y sont peu étendues.

Le caractère bulleux des éléments éruptifs est également une exception ; nous avons cependant communiqué à la Société plusieurs faits dans lesquels les bulles étaient considérables ; il en est de même des altérations gangréneuses et des hémorrhagies interstitielles. Il est exceptionnel de voir les néoplasies mycosiques présenter dans leur ensemble une coloration aussi foncée que chez ce malade.

Nous noterons encore, chez ce malade, l'absence d'altérations hématiques considérables.

La réaction fébrile a fait jusqu'ici presque complètement défaut ; pendant quelques jours seulement on a constaté une légère hyperthermie : elle était due à des pansements insuffisants ; très rapidement, l'application de compresses imprégnées d'eau boriquée en a eu raison.

Nous ne pouvons méconnaître que le diagnostic, chez ce malade, n'a pas été sans offrir de réelles difficultés : l'existence de cicatrices décolorées, serpigineuses, très étendues, entourées et pigmentées dans leur partie centrale et leur périphérie, semblait militer en faveur de syphilides ; nous avons vu, d'autre part, que la végétation des surfaces ulcérées, survenant en même temps que des soulèvements bulleux lorsque le malade a été momentanément soumis à un traitement par l'iodure de potassium, pouvait faire penser à des phénomènes d'iodisme ; nous avons dû bientôt renoncer à cette dernière interprétation ; en effet, dans les cas d'iodisme végétant qu'il nous a été donné d'observer, les caractères des soulèvements étaient tout différents ; on voyait se produire, soit des saillies constituées par un liquide infiltré dans le derme, soit, après la formation et l'ouverture de bulles, des végétations villeuses et non d'énormes masses homogènes cérébroïdes comme celles que l'on voit chez ce malade.

D'autre part, nous n'avons jamais vu les éruptions iodiques se renouveler ainsi pendant plusieurs semaines après la cessation du médicament.

Pour ce qui est de la syphilis, on n'y observe pas ces énormes saillies cérébroïdes végétantes ; les soulèvements bulleux y sont très rares chez l'adulte ; quand des cercles pigmentés s'y entrecroisent, ils n'y persis-

tent pas indépendants les uns des autres, les parties qui leur sont communes s'effacent et il en résulte la production de plaques polycycliques.

D'autre part, on ne s'expliquerait pas une pareille généralisation des lésions dans une syphilis remontant à près de trois ans ; puis, on ne voit pas les syphilides ulcéreuses se cicatriser avec cette rapidité sur de larges surfaces en l'absence de traitement spécifique ; enfin le traitement mercuriel auquel nous avons soumis le malade sous forme de frictions et de pilules de Sédillot est resté sans action.

Néanmoins, il a fallu, pour dissiper tous les doutes, attendre les résultats de l'examen histologique qu'a pratiqué M. Laffitte ; ils feront l'objet d'une communication ultérieure ; dès aujourd'hui, l'existence, dans le derme, d'un tissu réticulé des mieux caractérisés (on dirait un ganglion lymphatique étalé) vient confirmer le diagnostic de mycosis fongoïde.

Nous résumerons ainsi qu'il suit les faits nouveaux qui ressortent de l'étude de ces quatre observations :

1° Comme les tumeurs, les érythrodermies mycosiques peuvent, après avoir persisté pendant des années, rétrocéder en grande partie sans laisser de traces ;

2° Les adénopathies qu'elles avaient déterminées rétrocedent également ;

3° Les néoplasies mycosiques peuvent prendre des dimensions très considérables et former, par exemple, dans la région dorsale une masse énorme que le malade voûté porte comme un fardeau, d'où un aspect des plus étranges ;

4° La zone d'extension de ces masses peut se faire par l'intermédiaire d'un bourrelet ortié persistant ; on ne peut guère s'en expliquer la production que par l'action de toxines : c'est là un nouvel argument en faveur de la nature parasitaire de la maladie ;

Ces éruptions ortiées se reproduisant à diverses reprises et à de longs intervalles chez un même sujet, et, ce fait étant très exceptionnel, on doit admettre que cette réaction toute particulière sous l'influence des toxines mycosiques a pour cause une idiosyncrasie ;

5° La néoplasie qui précède, dans certains cas, de plusieurs années l'apparition des autres manifestations mycosiques a des caractères tout particuliers qui la distinguent aussi bien des tumeurs mycosiques que de toutes les autres néoplasies connues, et particulièrement des nævi et des verrues ; ainsi que nous l'avons dit déjà, elle constitue, selon toute vraisemblance, la lésion initiale, la porte d'entrée de la maladie ;

6° Les ulcérations mycosiques peuvent laisser à leur suite de larges cicatrices décolorées, serpigineuses, entourées de zones hyperpigmentées, très analogues à celles que l'on voit se produire

à la suite de syphilides ; cependant leur aspect est moins nettement polycyclique, et les cercles qu'elles forment s'entrecroisent en persistant dans leur totalité au lieu de s'effacer dans les parties qui leur sont communes comme ils le font dans les syphilides ;

7° L'extension de la maladie peut se faire par la production de bulles remplies d'un liquide séreux et purulent et la végétation du derme sous-jacent ; ces bulles peuvent se développer dans les macules consécutives à des lésions anciennes ; ces végétations prennent un aspect très analogue à celui du tissu encéphalique ;

8° Les adénopathies et le prurit peuvent faire presque complètement défaut dans ces formes végétantes, à l'encontre de ce qui se passe dans les formes érythrodermiques.

M. BESNIER. — L'usure semi-lunaire des ongles, leur brillant et leur poli chez le premier malade indiquent surabondamment que le patient se livre à un grattage violent ; et cependant il n'y a pas de lésions de grattage. Il en est de même dans le prurit des vieillards, ce qui établit que tous les sujets ne réagissent pas de la même manière et qu'il faut un état préalable de la peau.

M. DARIER. — Au sujet du troisième malade, j'ai observé dans plusieurs examens de tumeurs semblables la structure du nævus.

M. HALLOPEAU. — Il est manifeste que, dans ce cas, la néoplasie diffère essentiellement d'un nævus par ses caractères cliniques.

M. BESNIER. — Sous le point de vue signalé par M. Darier, il y a lieu de rappeler que la présence des nævi chez un sujet a été considérée comme un indice de prédisposition protoplasmique à des néoformations diverses.

M. DARIER. — On peut également penser que ces malades ont des nævi latents ; ceux-ci deviennent apparents au moment des poussées mycosiques, ou bien on les constate parce qu'on les recherche en examinant attentivement le malade.

M. BARTHÉLEMY. — Il me semble que l'on peut bien admettre ici le diagnostic de mycosis fongoïde pur, sans hybrides. Toutefois, il y a lieu, je crois, d'insister sur certaines particularités qui ne se présentent pas ordinairement dans le mycosis : d'abord, l'infiltration et les croûtes épaisses et noires de la lèvre supérieure ; ensuite, la circination parfaite de certains éléments et la disposition hémicerclée ou en arcades des bords saillants et récemment infiltrés. Je suis frappé aussi de ces cicatrices lisses et arrondies qui ne sont pas habituelles dans le mycosis fongoïde, où j'ai vu au contraire disparaître sans laisser de trace et parfois très rapidement de grosses tumeurs mollasses non ulcérées : de vraies tumeurs fantômes, comme eût dit James Paget.

M. FOURNIER. — J'accepte entièrement le diagnostic formulé par M. Hallopeau au sujet de son dernier malade puisqu'il a été confirmé par l'exa-

men histologique. Mais je dois avouer que l'aspect objectif des lésions est absolument celui des formes malignes de la syphilis. La ressemblance est si frappante que je me demande s'il n'y a pas association des deux maladies. Si ce malade était soumis à mes soins, je n'hésiterais pas à tenter la médication antisypilitique par les injections de calomel pour exclure la syphilis.

M. HALLOPEAU. — Nous avons eu recours au traitement antisypilitique, par des frictions mercurielles, des pilules de Sédillot et de l'iodure de potassium. Je ne crois pas que l'on doive dès maintenant faire à ce malade des injections de calomel. L'aspect végétant et cérébroïde des ulcérations, le caractère bulleux de l'éruption, sa généralisation et le défaut d'interférences dans les cercles subintrants à une période déjà tardive ne me paraissent pas pouvoir faire accepter la nature syphilitique des lésions.

M. FOURNIER. — Je ne conteste pas ce qui est incontestable. J'accepte le diagnostic de mycosis fongofde; mais il pourrait y avoir association de mycosis fongofde et de syphilis, et c'est pour éliminer ce qui pourrait appartenir à la syphilis que je ferais une injection au calomel. Le caractère bulleux de l'éruption peut parfaitement exister dans les formes malignes de la syphilis chez l'adulte, bien qu'il y soit rare. Quant au traitement antisypilitique qui a été essayé, il n'a pas été ce que j'appellerai le grand traitement de la syphilis; c'est aux injections de calomel que je crois devoir recourir en pareil cas.

M. LEREDDE. — Sur les préparations que j'ai étudiées, j'ai constaté la présence, au milieu d'un réticulum, de cellules volumineuses à noyau central qui ne sont pas des plasmazellen, mais des cellules fixes modifiées, telles qu'on peut en rencontrer dans un sarcome. Le diagnostic histologique de mycosis ne m'a pas paru établi. Il faudrait, je pense, pratiquer une biopsie dans les régions où les lésions sont à leur début, non ouvertes et non déformées par les complications qu'amènent l'ulcération, la végétation, etc.

M. HALLOPEAU. — La présence dans ces tumeurs d'un tissu réticulé si abondant qu'on dirait un ganglion lymphatique étalé me paraît caractéristique du mycosis. L'hypothèse de sarcomes ne serait pas soutenable au point de vue clinique.

M. DU CASTEL. — La présence des grandes dilatations veineuses qu'on observe ici au niveau des cicatrices ne me semble pas favorable au diagnostic de syphilis.

M. DARIER. — J'ai insisté, il y a quelques années, sur l'importance de la présence du réticulum dans la peau pour le diagnostic de mycosis. Mais il ne faut pas confondre le véritable réticulum adénoïde avec la réticulation apparente du tissu conjonctif qu'on peut observer dans le tubercule ou dans les syphilides; il y a là une difficulté d'interprétation parfois assez grande. M. Hallopeau a donc raison de considérer comme caracté-

ristique la présence du réticulum, pourvu qu'il s'agisse effectivement d'un réticulum adénoïde vrai, et non d'une réticulation secondaire du tissu conjonctif.

M. LAFFITTE. — Il s'agit ici d'un véritable réticulum étalé, que M. Leredde a également constaté ; s'il a émis des réserves au sujet du diagnostic histologique, c'est qu'il n'a pu y retrouver les cellules caractéristiques.

M. BESNIER. — Le cas si remarquable présenté par M. Hallopeau conserve plusieurs points litigieux en dehors de la question histopathologique.

Au point de vue clinique, la présence des cicatrices n'est pas contradictoire de la nature mycofongicoïde des lésions ; je les ai observées souvent et, à leur niveau, qu'elles fussent spontanées, ou qu'elles succédassent à une excision, je n'ai jamais constaté de récurrence.

En ce qui concerne les saillies variqueuses observées au niveau des cicatrices, je ferai remarquer que ce malade, qui a des varices des membres inférieurs ainsi qu'un varicocèle, est variqueux de tout le corps. Les dilatactions variqueuses sont plus apparentes au niveau des cicatrices, mais elles ne sont pas limitées à leur niveau.

Pour ce qui a trait, enfin, à la valeur du traitement d'épreuve pour juger la nature syphilitique d'une lésion, il n'est pas douteux que ce traitement, pour être absolument probatoire, doit avoir été exécuté d'une manière intensive, et actuellement, par les injections sous-cutanées de calomel. Il m'a été donné, tout récemment, de voir guérir rapidement, par ce dernier mode de traitement, des altérations de la langue que j'avais pendant de nombreuses années considérées comme non syphilitiques parce que les divers traitements antisyphilitiques communs étaient restés sans action décisive.

M. HALLOPEAU. — Pour satisfaire au désir de mes collègues, je vais essayer les injections de calomel, mais je reste convaincu qu'elles n'auront pas d'effet thérapeutique.

M. DUBOIS-HAVENITH (de Bruxelles). — Un confrère belge, M. Asselbergs, a fait une série d'injections de calomel dans des cas de lupus parfaitement authentiques et plusieurs fois il a obtenu des résultats remarquables, de sorte que l'amélioration par le calomel peut ne pas donner toute certitude au point de vue de la nature syphilitique de la lésion.

M. FOURNIER. — Notre collègue vient de soulever une grosse question, qui est toujours à l'ordre du jour. Nous avons fait les mêmes expériences dans des cas de lupus ou de prétendus lupus, car la question est encore très obscure. Mais les faits les plus curieux concernent l'action du calomel sur ces langues considérées comme syphilitiques par les uns, comme épithéliomateuses par d'autres, et qui sont en réalité atteintes d'épithélioma.

Je pourrais citer plus de vingt cas observés en ville, où le calomel a agi brillamment pendant quinze jours ou trois semaines. Les choses ont lieu de la façon suivante. On me montre une langue profondément ulcérée, sclérosée ; on a affirmé la syphilis, ou bien on hésite entre l'épithélioma et la

syphilis. Je penche vers le diagnostic de syphilis ou je reste indécis ; dans tous les cas on me prie d'essayer le traitement antisypilitique. Les injections de calomel donnent alors, tout d'abord, des résultats merveilleux ; on chante victoire ; puis, après trois semaines ou un mois, les choses changent de face ; le mal empire et, en fin de compte, le malade meurt. Je demande comment expliquer cette amélioration passagère produite par le calomel sur des langues parfaitement cancéreuses. Y a-t-il métissage entre la syphilis et le cancer, comme l'a soutenu Verneuil ? Ou bien le calomel a-t-il réellement une action sur l'épithélioma ?

M. DANLOS. — Ce n'est pas seulement dans l'épithélioma qu'on observe une amélioration passagère par le calomel, je l'ai constatée chez un malade atteint d'une lésion mal caractérisée, mais non sypilitique, du pied.

M. BARTHÉLEMY. — Pour ce qui a trait aux résultats des injections mercurielles insolubles, on est frappé de ce fait que si on a affaire à des lésions non sypilitiques, il peut y avoir un mieux réel rapide, mais temporaire, qui n'aboutit jamais à une guérison complète et qui laisse ensuite place pour les récidives, les recrudescences et les exaspérations. Au contraire, s'il s'agit bien de lésions sypilitiques, la guérison est parfois surprenante de rapidité, totale, définitive.

Comme le dit M. Vérité, les glossopathies leucoplasiques sont très fréquentes chez les sypilitiques, fussent-elles assez peu spécifiques elles-mêmes pour ne pas obéir complètement au traitement spécifique. Cette fréquence est telle, sans que je puisse ni ose encore déterminer la part qui revient dans leur production à la syphilis, que, dans l'analyse du livre de mon cher maître M. Fournier sur les lésions para-sypilitiques, je n'ai pas hésité à formuler le regret de ne pas y trouver un chapitre consacré à l'étude de certaines variétés de leucoplasies buccales et surtout linguales.

M. VÉRITÉ. — Les lésions non sypilitiques de la langue sont beaucoup plus fréquentes chez les sypilitiques que chez les personnes indemnes de cette maladie. Ainsi le plus grand nombre de cas de psoriasis lingual non sypilitique s'observent chez des individus sypilitiques. Ceci peut expliquer l'amélioration en question.

M. BESNIER. — La remarque que vient de faire M. Vérité est absolument juste. Un sypilitique qui a eu des localisations linguales est prédisposé à diverses autres lésions de la langue.

En ce qui concerne l'action du mercure sur le lupus, il y a lieu de rappeler d'une part, que le diagnostic du lupus est parfois ambigu ; et, de l'autre, que l'épreuve du temps est nécessaire pour distinguer les améliorations des guérisons proprement dites. Je profite de la présence de M. Dubois-Havenith pour lui demander son opinion sur les cas qui ont été, récemment, traités en Belgique par la médication mercurielle hypodermique.

M. DUBOIS-HAVENITH. — Il s'agit, dans tous ces cas, d'une guérison clinique complète ; les observations datent d'environ trois mois.

M. DARIER. — Les lésions du cancer, du lupus et des syphilides présentent ce point commun, la présence de cellules plasmatiques d'Unna ; assez nombreuses autour des bourgeons cancéreux, elles entrent pour une bonne part dans la constitution des lépromes, et composent en majeure partie les syphilomes. Si toutes ces lésions sont influencées par le calomel, cela peut être dû à une action de ce traitement sur ces cellules plasmatiques, analogue à celle qu'Unna a découverte par l'étude des syphilides en voie de guérison. Cette hypothèse expliquerait pourquoi les injections de calomel diminuent souvent notablement la tumeur dans tel ou tel cas de cancer et peuvent faire disparaître un lupus.

M. DUBOIS-HAVENITH. — Au congrès de Londres, M. Pringle nous a montré des lupus presque complètement guéris par l'extrait thyroïdien.

M. BESNIER. — A la série des maladies susceptibles d'une amélioration par le calomel, il faut ajouter la lèpre.

Chez plusieurs lépreux, et, en particulier, dans un cas intense de lèpre tuberculeuse, observé par M. Fournier et par moi, les injections mercurielles ont amené une dénutrition incomplète des lépromes, cessant de progresser après deux ou trois semaines. Cette communauté d'action incomplète tient, vraisemblablement, à une communauté d'éléments anatomiques actionnés par l'agent médicamenteux.

M. DARIER. — Dans la lèpre, la présence des cellules plasmatiques véritables est inconstante ; on peut dans certains cas en rencontrer en assez grand nombre.

Mycoosis fongioïde.

Par M. DU CASTEL.

Le malade, que j'ai l'honneur de présenter à la Société, pour continuer la série des malades présentés par M. Hallopeau, est souffrant depuis quinze mois ; il fut considéré pendant longtemps comme atteint d'eczéma ; la tumeur du bras a débuté il y a 13 mois. Les études histologiques n'ont pas encore été faites, mais il ne peut y avoir matière à discussion. Si je présente le malade à la Société, c'est à cause du polymorphisme et de la netteté des lésions. Ce sont de grandes plaques érythémateuses nettement arrondies, légèrement pigmentées ; c'est la lésion initiale. Sur un certain nombre de ces plaques, des groupes de papules se sont développés affectant une disposition nettement circinée ; au centre de ces cercles, la peau a un aspect atrophique très accusé. Sur l'avant-bras droit, région où la

première plaque érythémateuse s'est montrée, une tumeur fongueuse ulcérée s'est développée depuis le mois de septembre dernier, qui est une tumeur mycosique typique et incontestable.

M. HALLOPEAU. — Je note chez ce malade l'existence de cicatrices circulaires qui se sont produites sans ulcérations préalables.

M. FOURNIER. — Les cas de mycosis fongoïde me paraissent devenir plus fréquents qu'autrefois,

Xeroderma pigmentosum.

Par M. DANLOS.

La nommée Laure F..., âgée de 15 ans, présente un cas type de xérodémie pigmentaire (1).

Les commémoratifs sont les suivants :

1° Du côté de la famille : La mère, étant jeune, aurait eu beaucoup de taches de rousseur, aucune trace ne persisterait actuellement. Elle a eu 6 enfants, 4 filles et 2 garçons.

L'un des garçons, le 3^e des 6 enfants, mort à l'âge de 7 ans, avait sur le visage et le dos des mains des taches analogues à celles de notre malade.

Nous avons pu voir l'une de ses sœurs, âgée de 28 ans, la seconde des 6 enfants ; elle porte quelques taches pigmentaires sur le dos des mains, en nombre peu considérable toutefois, et son enfant ne présente aucune atteinte de ce genre. Le père et les autres frères ou sœurs de notre malade n'ont rien de semblable.

2° *Antécédents personnels.* — Agée de 15 ans, elle n'a jamais été malade et l'affection dont elle est atteinte a débuté à l'âge d'un an.

Actuellement, la face, le cou, le dos des mains, sont envahis par la maladie. Les avant-bras et les bras sont également atteints, mais d'une façon moindre cependant. Les pieds sont respectés, ainsi que les autres parties du corps. Sur les régions atteintes, outre un état de sécheresse rugueuse, la peau offre tous les caractères classiques de la maladie : Atrophie cutanée, macules pigmentées, télangiectasies, et sur la face saillies verruqueuses, végétantes, cancroïdales.

Sur la muqueuse des lèvres nous remarquons des télangiectasies formant de fines arborisations mais pas de pigment. Rien sur le reste de la muqueuse bucco-pharyngée. On note de l'ectropion des paupières inférieures, mais les conjonctives et les globes oculaires sont respectés par le pigment.

La malade est très brune et a une chevelure noire et abondante.

Sur les parties saines de la peau, d'ailleurs normale, sont disséminés

(1) Observation recueillie par M. Meynard, externe du service.

d'assez nombreux nævi pigmentaires. Rien dans l'urine, ni dans les viscères ; les règles se sont montrées depuis un an, mais irrégulières, peu abondantes.

Ce cas est absolument typique sous le double rapport des symptômes et de l'étiologie. Deux points seulement sont à relever, l'exception qu'il fait à la règle de l'unisexualité, et les nombreuses taches pigmentaires mentionnées chez la mère de la malade. L'ectropion des paupières inférieures est explicable tant par la rétraction atrophique de la peau, que par l'existence de cicatrices consécutives à la destruction de tumeurs épithéliales.

M. BESNIER. — Il y a lieu de retenir, entre autres remarques sur le fait de M. Danlos, que l'hérédité de l'épithéliomatosse pigmentaire n'est pas fatale.

J'ajoute que la malade présente, disséminés sur le corps, de nombreux nævi pigmentaires, que je considère comme des indices de prédisposition protoplasmique aux néoformations en général.

M. DUBOIS-HAVENITH. — J'ai publié l'observation d'un homme atteint de xeroderma pigmentosum. Marié, il a eu plusieurs enfants qui tous sont restés indemnes. Il a succombé, à l'âge de 42 ans, à un épithélioma du visage.

Immense ulcération de nature indéterminée (syphilis ?)

Par M. DANLOS

Aglæ B..., âgée de 20 ans, présente à la région fessière droite une large ulcération (1).

Les antécédents héréditaires de la malade sont les suivants :

Le père âgé de 55 ans est très bien portant et n'a jamais été malade. Pas de syphilis.

La mère, il y a 28 ans, aurait eu une maladie de nerfs à la suite de laquelle la flexion des poignets est devenue impossible.

Un cousin germain du père serait mort bacillaire.

Sur 12 enfants qu'ils ont été, 7 vivent encore. Notre malade est la cinquième des survivants. Les autres sont morts en bas âge sans que la syphilis semble pouvoir être incriminée.

À l'âge de 4 ans, quelque temps après une chute sur la fesse, une grosseur apparut, fut incisée et du pus s'échappa. Depuis ce moment, la cicatri-

(1) Observation recueillie par Meynard, externe du service.

sation n'a jamais été obtenue, l'ulcération alla sans cesse grandissant, d'une façon lente pourtant.

Actuellement, cette ulcération, de forme ovoïde, recouvre la totalité de la fesse et ne présente aucune tendance à la régression.

La mensuration nous donne 28 centimètres en hauteur et 29 centimètres en largeur.

Nous trouvons disséminés çà et là des flots de réserve de grandeur et de configurations variables au niveau desquels le derme a résisté. Ces flots sont recouverts d'un épiderme blanchâtre, comme macéré, sous lequel se voient des points rouges qui indiquent que l'intégrité n'est pas absolue.

La profondeur de l'ulcère est variable, elle atteint un demi-centimètre au voisinage de la rainure interfessière.

L'aspect est celui d'un ulcère atonique, pas de bourgeonnement, sécrétion peu abondante.

Des flots rouges émergent çà et là et paraissent être des points sur lesquels l'ulcération a détruit incomplètement le derme.

Les bords ne sont ni décollés, ni taillés à pic, mais comme taillés à l'évidoir, et très irrégulièrement polycycliques. Tout autour s'étend une zone d'infiltration d'épaisseur variable, elle atteint 2 à 3 centimètres de large en quelques points, et cesse brusquement au niveau de la peau saine.

Cette zone d'infiltration n'est pas de coloration uniforme, elle est généralement d'un gris bleuâtre, mais son extrême limite est assez fortement pigmentée. Surcette zone et surtout dans la région pigmentée se détachent des éléments plus saillants qui paraissent d'origine glandulaire. On y voit aussi quelques ulcérations cupuliformes qui semblent résulter de la fonte de ceux-ci. Les ganglions de l'aîne ne sont pas engorgés.

Aucun stigmate certain de syphilis héréditaire ou acquise. La triade d'Hutchinson fait absolument défaut. On note une certaine vulnérabilité dentaire, mais la seule incisive médiane qui persiste en haut est absolument intacte.

La malade est de développement moyen, plutôt petit. Rien du côté des viscères (cœur, poumon, etc.). Pas d'albuminurie. Règles irrégulières et peu abondantes.

Le tibia droit est incurvé en dehors, rachitique, peut-être un peu inégal et hyperostosé. Il porte au tiers supérieur une cicatrice adhérente, vestige d'un abcès.

La nature de cette vaste ulcération est difficile à déterminer. On ne peut guère songer à un ulcère simple ou à un ulcère cancéroïdal. La zone d'envahissement n'a rien qui rappelle la couronne perlée, les bords sont moins saillants que dans le cancroïde invétéré; il n'y a aucune tendance à la cicatrisation partielle, à la papillomatose et à l'engorgement ganglionnaire bien que l'affection dure depuis seize années. La lésion se distingue des altérations tuberculeuses, par la zone d'infiltration périphérique, l'absence de décollements, de granulations jaunes et de tendance papillomateuse. Une biopsie faite par

M. LEREDDE dans la zone d'envahissement n'a rien montré de tuberculeux. Elle ne ressemble pas davantage à une ulcération syphilitique ordinaire ou du moins n'en a pas les caractères classiques. Nous ne trouvons ici ni la sécrétion plastique, ni les bords régulièrement arrondis et taillés à pic des syphilides ulcéreuses. En outre, l'infiltration périphérique se limite en dehors par un relief brusque au lieu de s'éteindre peu à peu comme les infiltrations gommeuses. La marche enfin n'est pas celle d'une syphilide, puisque depuis 16 ans la lésion ne montre sur aucun point de tendance régressive. Malgré ces caractères négatifs et l'absence d'antécédents spécifiques, en tenant compte de l'état du tibia, nous pensons plutôt à la possibilité d'une syphilide anormale. Un traitement intensif sera institué et la malade présentée de nouveau à une séance ultérieure.

M. FOURNIER. — A mon avis, cette malade offre presque un type d'hérédosyphilis. La lésion présente le polycyclisme de contour qu'affecte la syphilis ; le tibia est certainement hyperostoté et au moins suspect ; cette femme a une petite taille, c'est une infantile ; ses dents ont une vulnérabilité extrême, plusieurs sont déjà tombées et elle a une incisive énorme à côté de très petites dents. De plus, elle louche, et j'ai démontré que le strabisme est un des phénomènes les plus communs de la syphilis héréditaire. L'examen du fond de l'œil pourrait donner des indications précieuses à ce sujet.

Certainement la lésion n'a plus l'aspect syphilitique, mais parce que ce qu'elle avait de syphilitique a disparu ; il ne reste plus qu'un ulcère d'aspect vulgaire.

M. DANLOS. — Je ne retrouve pas ici les vrais stigmates de l'hérédosyphilis. Le polycyclisme des bords ne me paraît pas très marqué ; la petitesse de la taille et les malformations dentaires peuvent se rencontrer en dehors de la syphilis ; nous n'avons à aucun moment constaté de strabisme ; enfin la lésion est certainement encore en pleine activité, et, malgré son ancienneté, sans tendance à la régression.

M. LEREDDE. — J'ai fait une biopsie à la périphérie de cette ulcération. L'examen histologique des coupes permet d'éliminer la tuberculose ; les lésions ne sont pas absolument caractéristiques de la syphilis, mais s'en rapprochent beaucoup.

M. BESNIER. — Cette lésion ne présente pas les caractères de la syphilis acquise. Si la malade est hérédosyphilitique, la lésion est syphilitique, mais non parasyphilitique.

M. FOURNIER. — Je n'ai pas dit que c'est une lésion parasyphilitique. Je pense seulement que le fond de cette plaie n'a plus rien de gommeux, parce que la syphilis a fait son œuvre.

M. DANLOS. — A mon avis, cette lésion ne ressemble pas beaucoup aux

types classiques des lésions syphilitiques, même dans les points récemment atteints et où le mal est en pleine activité; je vais cependant essayer le traitement spécifique.

Dystrophie unguéale douloureuse, à évolution progressive, accompagnée d'arthropathies.

Par M. ED. RIST

La malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société, âgée de 35 ans et lingère de son état, est atteinte d'une affection dont les seules lésions visibles concernent les ongles, mais qui ne paraît pas cependant devoir être regardée comme une maladie purement locale.

Voici quelle a été l'évolution des altérations unguéales: Elles ont débuté, il y a quatre mois, par le gros orteil du côté droit; successivement et progressivement, tous les autres ongles des orteils se sont pris. Aujourd'hui le même processus commence à l'auriculaire de la main gauche. A l'origine, l'extrémité de l'orteil rougit, se tuméfie et devient douloureuse sur tout le pourtour de l'ongle: les élancements qui se produisent à cette période sont, au dire de la patiente, extrêmement pénibles. Puis l'ongle se soulève au niveau de son bord libre, devient friable et finit par tomber, laissant à nu le lit de l'ongle. Ce lit devient alors le siège d'une sécrétion onychogène imparfaite, raboteuse, irrégulière, fragile, mais fort abondante. Le sillon péri et rétro-unguéal persiste, mais il demeure vide, la matrice de l'ongle cessant de remplir ses fonctions.

Lorsque les lésions en sont arrivées à ce point, ce qui demande environ deux mois, la tuméfaction douloureuse de la phalange disparaît, et il ne subsiste que des douleurs articulaires, sur lesquelles je vais revenir. J'ajoute qu'à aucun moment de cette évolution, il n'apparaît d'ulcération ou de suppuration; les lésions restent sèches du commencement à la fin.

On peut voir du reste actuellement les différents stades de ce processus, échelonnés progressivement du premier au cinquième orteil de chaque pied. La tuméfaction douloureuse existe encore au niveau du cinquième orteil: elle est manifeste surtout à l'auriculaire de la main gauche, où les lésions ont évolué sous mes yeux, dès leur début, pendant le séjour de la malade à l'hôpital de la Pitié, dans le service de mon maître, M. Babinski.

Si l'on pousse plus loin l'interrogatoire de cette femme, on apprend qu'en réalité elle souffre des jambes depuis sept ans environ. Elle eut d'abord une hydarthrose douloureuse du genou droit, qui nécessita le

séjour au lit pendant trois mois ; puis l'hydarthrose s'est reproduite à gauche, un an après. Depuis, elle a souffert à diverses reprises, pendant un temps plus ou moins long, dans les articulations des genoux, des cous-de-pied et des poignets. La semaine dernière encore, elle a présenté, dans le service, une douleur assez vive au genou droit, avec épanchement intra-synovial et gonflement péri-articulaire ; mais cela n'a pas duré plus de cinq à six jours.

Enfin, la malade se plaint de troubles subjectifs fort pénibles, qu'elle décrit à peu près ainsi : elle éprouve dans les jambes, à partir du genou jusqu'au cou-de-pied, la sensation de quelque chose qui rampe dans la profondeur du membre. Elle n'a pas de fourmillements ni de douleurs à proprement parler, mais seulement cette sensation de reptation, qui est à peu près constante pendant le repos au lit, et qui s'atténue ou disparaît pendant la marche. A l'en croire, il y aurait une certaine alternance entre l'apparition de ces phénomènes subjectifs et les troubles articulaires.

Le travail à l'aiguille est devenu, dit-elle, fort difficile : au bout d'un certain temps, la malade ressent en effet une sorte d'engourdissement douloureux des doigts au niveau de leurs jointures, et elle est obligée d'interrompre son travail. Les articulations des orteils sont légèrement douloureuses, et l'on y perçoit des craquements assez nets, lorsqu'on les mobilise.

A l'examen général, on trouve la plupart des organes sains ; presque toutes les fonctions, en particulier les fonctions digestives, s'accomplissent normalement. Pourtant la malade se plaint d'avoir parfois des palpitations et de l'essoufflement avec un sentiment de défaillance : on perçoit, en auscultant, au niveau de l'orifice aortique, un claquement très exagéré du deuxième bruit.

La menstruation est irrégulière. Les urines contiennent une quantité excessive d'acide urique — 78 centigrammes dans les 24 heures au lieu de 40 — et l'on y décèle facilement la réaction de l'indican. Enfin la malade présente une adiposité assez marquée pour son âge, et qui s'est beaucoup développée depuis quelques mois.

J'ajouterai que la malade n'offre aucun antécédent personnel ou héréditaire digne de remarque. Elle a toujours été parfaitement bien portante, jusqu'au début des accidents actuels.

J'ai pensé que l'évolution de l'affection, l'aspect des lésions unguéales, et leur rapport manifeste avec des troubles plus généraux, suffisaient pour écarter l'idée d'une étiologie parasitaire. Il semble difficile aussi d'admettre l'origine nerveuse des phénomènes que je viens de décrire. Je n'ai pu trouver chez cette malade aucun signe de lésion centrale ou de névrite périphérique, aucun trouble moteur ou sensitif, sauf une très légère hyperesthésie de la face externe de la jambe gauche. Ni ses antécédents, ni son état mental

actuel ne permettent de mettre l'hystérie, ou quelque névrose que ce soit, en cause. Il semble qu'il faille attacher une réelle importance à la coïncidence des lésions unguéales avec des phénomènes articulaires qui paraissent tenir d'assez près au rhumatisme chronique.

D'autre part, bien qu'à aucun moment la malade n'ait présenté les symptômes classiques de la diathèse urique, ses urines contiennent près du double du taux normal d'acide urique. Il s'agirait donc d'un trouble général de la nutrition, hypothèse malheureusement assez vague, mais qui paraît être la plus près de s'accorder avec les faits.

M. SABOURAUD. — J'ai remarqué qu'un pansement permanent avec l'iode dissous dans l'iodure de potassium et étendu d'eau dans la proportion de 1 gramme d'iode pour 1,000 grammes d'eau, donne quelquefois de bons résultats comme dans les onychoses où le microscope ne montre aucun élément parasitaire.

M. VÉRRI. — On a recherché vainement une étiologie nerveuse à cette dystrophie unguéale ; je ferai remarquer toutefois que les sensations de cette malade sont celles d'une dégénérée. J'ai observé un cas analogue où l'origine nerveuse des accidents était évidente ; il s'agissait d'une jeune femme chez qui les accidents débutèrent à la suite du refus d'un mariage qu'elle désirait vivement, et les améliorations ou les rechutes de la maladie coïncidaient nettement chez elle avec les améliorations ou les aggravations de l'état nerveux.

M. BESNIER. — Les doutes élevés sur la nature des lésions unguéales présentées par le malade de M. Rist montrent surabondamment à quel point est en retard la question générale des onychoses.

Cependant les cas de cet ordre, que la lésion existe sur une seule main ou sur les deux, qu'elle occupe un seul doigt ou plusieurs, sont loin d'être rares ; on n'y trouve pas, ou on ne sait pas y trouver d'élément mycosique, les caractères cliniques, objectifs ou subjectifs, ne diffèrent par aucun caractère pathognomonique de ceux que présentent des onychoses sûrement mycosiques, et l'affection demeure ambiguë. On est amené logiquement, comme l'a été M. Rist, à entrer dans le champ des hypothèses, et à supposer aux altérations unguéales une origine diathésique, autotoxique ou autotoxinique, dans la série uricémique, par exemple.

Quoi qu'il en puisse être, il est, à la fois, intéressant et opportun de remarquer que, suivant l'observation — que j'ai plusieurs fois confirmée — de M. Sabouraud, ces onychoses ambiguës, et innommées, subissent, à la manière des onychomycoses vraies, l'action curative manifeste des pansements moites permanents exécutés avec la solution iodurée d'iode au millième.

Dystrophie unguéale généralisée.

Par MM. COLLINBAU et G. THIBIEGE.

Le malade que nous avons l'honneur de présenter à la Société est atteint d'une de ces formes de lésions unguéales peu connues et non classées qu'on ne peut désigner que sous le nom de dystrophie et dont, faute de meilleure interprétation, on est amené à rechercher l'origine dans une altération ou un trouble fonctionnel du système nerveux.

Ces faits ne sont pas absolument exceptionnels et il y a intérêt à attirer l'attention sur eux, dans l'espoir d'arriver à les déterminer cliniquement et étiologiquement.

Le jeune X..., âgé de 17 ans, ouvrier passementier, a été jusqu'à l'âge de 7 ans, faible et difficile à élever ; il est resté plutôt maigre, mais jouit d'une bonne santé, n'a fait aucune maladie récente, n'a éprouvé aucun trouble de la santé qui puisse expliquer l'affection pour laquelle il vient consulter.

Il y a quatre mois environ, il s'est aperçu que ses ongles prenaient un aspect particulier, devenaient jaunâtres et opaques, et, depuis ce moment, ils ont cessé de pousser. Il a remarqué cet aspect d'abord sur l'ongle du pouce gauche, puis sur ceux des autres doigts de la main gauche, puis les ongles de la main droite se sont pris dans le même ordre et ensuite ceux des orteils : dans l'espace de quinze jours environ, tous les ongles avaient pris le même aspect.

Aucun trouble fonctionnel, aucune douleur, aucune tuméfaction, aucune rougeur n'avaient accompagné ces modifications des ongles.

Depuis lors, les ongles ne se sont plus accrus en longueur ; ceux des orteils ont conservé l'aspect qu'ils avaient au début de l'affection, mais ceux des doigts, qui primitivement avaient pris la même coloration que ceux des orteils, ont subi quelques modifications.

Actuellement, tous les ongles des orteils sont de coloration jaunâtre, rappelant celle de l'ambre, et sont un peu opaques ; cette coloration est uniforme, leur épaisseur ne semble pas accrue, leur surface est lisse et polie ; leur bord libre n'est pas décollé ; en un mot, sauf leur coloration, ils sont absolument sains.

Les ongles des doigts ont également une coloration jaune, se rapprochant de celle de l'ambre, mais plus pâle que celle des ongles des orteils ; cette coloration n'est pas uniforme, et, par places, devient grisâtre, vraisemblablement par suite de la pénétration par la face profonde de poussières diverses ; la surface de toutes les parties conservées des ongles est lisse et polie, régulière, sans incurvation exagérée. Les ongles sont décollés dans une étendue variable, tant à leur bord libre que sur leurs bords latéraux ; la partie décollée est reliée au derme unguéal par des tractus irréguliers d'une substance sèche et friable, ayant l'apparence lamellaire ou ressemblant à des fragments irréguliers de moelle de

jonc ; des débris de cette substance, de forme irrégulière vaguement allongée dans le sens longitudinal, adhérent au derme sous-unguéal. Aux deux derniers doigts de la main gauche, les ongles ont presque complètement disparu, ils ne sont plus représentés que par une lame cornée de deux millimètres à peine de longueur, blanche, correspondant à l'insertion de l'ongle et décollée du derme sous-unguéal ; celui-ci est épaissi, parcouru par des crêtes demi-cornées allongées dans le sens de l'ongle du doigt. Autour de l'insertion des ongles, on voit un très léger liséré rose pâle.

Aucun trouble de sensibilité ; pas de lésions cutanées d'aucune sorte ni sur les doigts, ni sur le reste du corps, à l'exception de quelques pustules acnéiques disséminées sur le visage et le dos.

Les antécédents héréditaires ne présentent que deux particularités à relever : la mère du malade est morte de tuberculose pulmonaire et un frère plus jeune a présenté à l'âge de 12 ans un arrêt assez prolongé de la croissance. Il n'y a aucune trace de syphilis chez son père et lui-même ne présente aucun stigmate hérédo-syphilitique.

Dans cette observation, plusieurs particularités méritent d'être relevées.

D'abord la généralisation des lésions aux ongles est complète et s'est rapidement réalisée avec une symétrie remarquable, qui paraît bien cadrer avec l'hypothèse d'un trouble trophique d'origine nerveuse. Assurément rien d'autre ne vient à l'appui d'une hypothèse de ce genre, mais celle-ci mérite d'être émise.

La lésion initiale paraît avoir été une sorte de sidération de l'ongle, lequel a pris la coloration jaune et l'aspect opaque qui vont de pair avec l'arrêt de la croissance unguéale.

Ultérieurement, les ongles se sont effrités, à la suite d'altérations portant sur leur couche profonde, semblant gagner de proche en proche à partir de leur extrémité libre. Ces lésions, qui ne se sont produites qu'aux doigts, semblent révéler l'intervention d'un processus qui s'est surajouté à la sidération unguéale et a modifié secondairement les caractères de la maladie. Peut-être, puisque ces modifications secondaires ont porté uniquement sur les ongles des doigts, faut-il les attribuer à l'action irritante des substances chimiques que le malade manie dans l'exercice de sa profession et qui ont trouvé un tissu déjà altéré et par suite résistant mal à leur action.

M. BARTHÉLEMY. — J'ai présenté l'année dernière à la Société un fait qui peut se rapprocher de celui-ci ; il s'agissait d'un jeune homme ayant eu la syphilis 18 mois auparavant et dont les ongles s'altérèrent et tombèrent sans exception et sans qu'il y ait onyxis vraie ; il n'y avait d'ailleurs pas alors d'autres manifestations spécifiques ; la guérison se fit grâce aux injections d'huile grise dans l'espace de 7 ou 8 mois. Mais, en constatant l'absence de toute lésion de la matrice des ongles, je n'étais pas éloigné.

d'attribuer ce trouble trophique, symétrique et systématisé, à une action du virus ou de ses toxines localisée aux sphères nerveuses spécialement dévolues à la nutrition — *zones trophiques* — des ongles, comme on le voit parfois. Ne peut-on pas se demander si, ici il n'y a pas des produits de sécrétion, des ferments solubles, des toxines, que sais-je, qui agissent sur les points destinés à la nutrition des ongles comme le virus syphilitique a agi dans le cas que je viens de relater à la même période pour les cheveux. Il est bien difficile d'expliquer autrement comment tous les ongles ont été pris exclusivement et rapidement, sans lésion locale connue ou apparente. Ce trouble trophique peut être d'origine soit centrale, soit, plutôt peut-être périphérique, sorte d'*alopécie unguéale* totale.

Chancres syphilitiques de l'avant-bras.

Par M. FOURNIER.

Le malade que je vous présente est atteint de deux chancres syphilitiques de l'avant-bras droit, dont le mode de transmission m'a paru devoir vous intéresser ; celle-ci s'est faite par le tatouage. Ce sont deux chancres syphilitiques typiques, avec cette particularité que l'adénopathie axillaire siège sous le grand pectoral ; la roséole vient d'éclore.

Cet homme, il y a deux mois, étant en état de légère ivresse, rencontre un ami occupé à tatouer un individu ; il se fait également tatouer, et trois semaines plus tard apparaissent les chancres que vous voyez. La contamination vient-elle de l'opérateur ou du premier individu tatoué ? c'est ce que nous dira l'enquête que nous poursuivons à ce sujet. Certains tatoueurs mouillent, en effet, leurs couleurs avec de la salive ou même crachent sur la partie opérée.

M. BESNIER. — A ce propos se pose une question encore mal élucidée : combien de temps environ un instrument infecté par le contagion syphilitique conservera-t-il sa puissance virulente ? Probablement très peu, si l'on s'en réfère à l'extrême rareté des cas de contagion par instruments chirurgicaux, ventouses, injecteurs, etc., etc. ; je parle, bien entendu, de l'époque *pré-antiseptique* et non de la nôtre, où les précautions prises rendent suffisamment compte de cette rareté.

M. FOURNIER. — La contamination par le crayon de nitrate d'argent n'est pas rare, j'en ai vu en ville plusieurs cas presque démonstratifs. J'ai rapporté l'histoire d'un jeune homme qui, étant au service militaire, s'était brûlé un doigt avec son cigare ; désirant se reposer quelques jours, il se fit admettre à l'hôpital militaire ; là on toucha la plaie au crayon de

nitrate d'argent immédiatement après avoir cautérisé avec ce même crayon des plaques muqueuses buccales sur son voisin de lit qui était syphilitique; trois semaines après cet attouchement, un chancre syphilitique apparaissait au niveau de la brûlure. On a observé autrefois plusieurs épidémies de syphilis produites par le cathétérisme de la trompe d'Eustache. De même on a cité en Russie de nombreuses épidémies dues aux ventouseurs; en effet, dans la plupart des cas, l'agent de transmission est le ventouseur lui-même et non l'instrument; certains d'entre eux crachaient sur la plaie pour arrêter l'hémorrhagie, d'autres lavaient leurs verres avec de la salive. Je ne saurais dire pendant combien de temps le virus peut se conserver actif sur un instrument.

M. E. BESNIER. — Je connais ces cas, mais ils ont trait presque tous à des transports *immédiats* d'un malade à l'autre. Ainsi, dans l'épidémie bien connue produite par le cathétérisme des trompes d'Eustache, l'*opérateur* infecta des personnes rangées en série sur un banc et qu'il cathétérisa successivement.

Comme on le voit, un cas de ce genre est très analogue à une contamination *immédiate et directe* et non médiate. Ma remarque subsiste donc, et il semble que le virus syphilitique s'éteint à bref délai hors de l'organisme, qu'il a besoin du milieu humain pour rester vivant et virulent.

Lésions de la peau et du sang dans la dermatite pustuleuse en foyers à progression excentrique.

Par M. LEBEDDE.

Cette maladie, décrite par M. Hallopeau, se caractérise par le développement de vésico-pustules et de végétations formant des plaques qui s'accroissent excentriquement; elles sont limitées à certaines régions du corps.

Cette affection est assez voisine de certains faits décrits par Neumann sous le nom de pemphigus végétant; d'autre part, dans une observation de MM. Wickham et Hudelo, ces auteurs auraient constaté la coexistence d'une dermatite herpétiforme de Duhring.

J'ai recherché, dans un cas de dermatite pustuleuse, s'il existait les lésions du sang et de la peau que j'ai décrites dans cette maladie: éosinophilie et excrétion d'éosinophiles par les formations cavitaires de la peau.

Or il existait, dans le fait que j'ai étudié, une éosinophilie de 16 p. 100. D'autre part, on trouve dans les végétations épidermiques des vésicules profondes remplies exclusivement d'éosinophiles. Elles se forment, comme dans la dermatose de Duhring, entre les cellules du

corps muqueux. Les vésicules plus superficielles contiennent des éosinophiles et de la matière cornée de plus en plus abondante.

Elles finissent par s'ouvrir à la surface.

Or, dans la maladie de Duhring, on constate également la kératinisation des bords des cavités qui ne se remplissent pas de matière cornée parce qu'elles s'ouvrent rapidement, l'épiderme ne végétant pas.

La dermatite pustuleuse, type Hallopeau, n'est donc, au point de vue histologique et hématologique, qu'une variété de la maladie de Duhring.

Mais il devient nécessaire de modifier la description de celle-ci et d'admettre, à côté du type établi par Duhring-Brocq, des types différents qui se présentent cliniquement comme des affections tout à fait distinctes.

Un travail plus détaillé sur ce sujet sera publié dans les *Annales de dermatologie*.

M. HALLOPEAU. — Je ne crois pas qu'une particularité anatomique puisse suffire à caractériser une maladie. M. Leredde attache trop d'importance à l'éosinophilie. J'ai exposé déjà les faits qui, à mon sens, différencient nettement cette dermatose de celle de Duhring, j'y reviendrai très prochainement dans un travail d'ensemble sur cette maladie.

M. GASTOU. — Une même affection cutanée peut revêtir dans son évolution des modalités anatomiques différentes.

M. LEREDDE. — L'anatomie pathologique peut, dans certains cas, suffire à caractériser une maladie, non dans tous, comme l'étude clinique. Je rappellerai du reste que MM. Wickham et Hudelo ont signalé la coïncidence de la dermatite de Duhring et de la dermatite pustuleuse en foyers. M. Hallopeau a contesté ce fait; le travail que je viens de résumer permet de trancher une question pendante.

Éphélides pigmentaires du cou, manifestation unique de la syphilis.

Par M. G. ÉTIENNE (de Nancy).

M. D..., âgé de 30 ans, bien constitué, marié et père de deux enfants en excellente santé, n'a encore été atteint d'aucune maladie sérieuse.

Le 16 août 1895, il se plaint d'une céphalée intense, gravative, existant depuis quinze jours environ, n'ayant cédé ni à l'antipyrine, ni à la phénacétine, ni à la quinine. En le découvrant, je constate l'existence d'une roséole très nette dont il n'avait pas encore constaté la présence. Il raconte alors que, six semaines auparavant, après une période d'instruction militaire pendant laquelle il avait eu des rapports extra-conjugaux, il a été atteint d'un petit

bouton à la verge; il est facile de retrouver les traces d'un chancre induré de la région balano-préputiale accompagné de ses ganglions.

Traitement intensif par les injections intra-musculaires de thymol-acétate de mercure, puis par les frictions napolitaines; presque immédiatement la céphalée céda, les accidents s'amendèrent; syphilis bénigne.

M. D... me demanda immédiatement d'examiner sa femme; chez elle pas trace d'accident. Toutes les recommandations au point de vue des dangers d'une grossesse furent vaines; six semaines plus tard, M. D... m'annonçait que sa femme était enceinte. Immédiatement, bien qu'elle ne présentât aucun accident, elle fut soumise à un traitement spécifique intense iodo-hydrargyré et fut surveillée de très près.

En janvier 1896, apparition sur le cou de M^{me} D... d'une *collerette pigmentaire réticulée* des mieux caractérisées, qui persista pendant plus de huit mois. Le traitement est continué pendant toute la durée de la grossesse; jamais l'examen le plus minutieux ne permit de constater ni chancre, ni adénopathie, ni papule, ni plaque muqueuse; pas de chute des cheveux.

En juin 1896, naissance à terme d'un garçon parfaitement constitué, actuellement très bien portant, qui jamais ne présenta aucun accident syphilitique.

Au cours de ses grossesses antérieures, madame D... n'avait présenté aucun trouble de pigmentation.

En résumé, pendant le stade d'infection générale de sa syphilis, un mari infecté par voie conceptionnelle sa femme, chez qui la maladie vénérienne se manifeste exclusivement par des éphélides; c'est donc une observation qui vient, une fois de plus, insister sur l'importance diagnostique de ce symptôme.

Éphélide syphilitique atypique

Par M. G. ÉTIENNE (Nancy).

En avril 1894, M^{me} Da..., âgée de 22 ans, présenta une éruption généralisée de papules lenticulaires nettement caractérisées, accompagnée de l'asthénie et de la dépression morale et psychique qui accompagnent si souvent les débuts de la syphilis; mais elle ne se préoccupait que d'une céphalée extrêmement intense durant depuis huit jours, rebelle à tous les traitements qu'elle avait employés. J'institue immédiatement le traitement spécifique intense (injections de thymol-acétate) dont l'action fut très rapide.

A part cette première éruption généralisée, la malade ne présenta plus aucune manifestation, lorsqu'au mois de juillet apparut au-dessus du sein gauche une tache pigmentée, de couleur bistrée, rappelant absolument celle des éphélides, de forme irrégulière, à contours généraux cependant sensi-

blement rectilignes, s'étendant sur environ 5 centimètres de longueur et 4 de largeur; la pigmentation s'étendait de façon uniforme, sans présenter aucune trace de reticulum. Rien au niveau du cou; aucune autre manifestation pigmentaire. Cet accident très rebelle au traitement persista intact jusqu'au mois de février 1895, puis la pigmentation s'éclaircit progressivement et finalement disparut sans laisser aucune trace.

Cette éphélide ne présenta jamais ni tendance à l'extension, ni desquamation, et l'hypothèse de pityriasis versicolore ne put jamais se poser.

Pigmentation aréolée siégeant sur la face antéro-externe de l'avant-bras, chez une chlorotique de 17 ans, non syphilitique.

Par MM. SPILLMANN et G. ÉTIENNE (Nancy).

Cette modification pigmentaire s'est établie insidieusement, progressivement, depuis environ trois mois sans déterminer aucun trouble subjectif. Comme aspect, comme teinte et comme évolution, elle ressemble étrangement aux éphélides syphilitiques, ainsi que le montre la photographie présentée. Mais il n'existe chez la malade aucune trace d'infection fracastorienne acquise ou héréditaire.

On ne constate de troubles pigmentaires en aucune autre région,

Sur un érythème récidivant des extrémités. Classification provisoire des acrodermatites.

Par M. CH. AUDRY (de Toulouse).

On sait que le groupe des dermatoses cataloguées sous l'étiquette : érythème polymorphe, s'effrite de plus en plus. Il comprend un assez grand nombre d'espèces très différentes qui n'ont de commun que quelques traits d'expression symptomatique. Il n'y a pas lieu d'insister ici sur ces notions qui sont devenues élémentaires. Il faut seulement que chacun s'efforce de recueillir les observations qui serviront ultérieurement aux travailleurs mieux informés; ces derniers rassembleront les faits épars et en tireront les conclusions nécessaires.

J'ai déjà eu occasion de publier un fait très analogue à celui qui est l'objet de cette note; il a été publié dans le *Mercure médical*, en août 1894, sous le nom d'érythème acro-asphyxique. Il s'agissait d'une éruption érythémato-bulleuse récidivante, prolongée, indépendante de tous phénomènes généraux, siégeant sur des extrémités où

la stase vasculaire était des plus manifestes. Je la rapprochai alors des engelures, de l'angiokératome et de certaines chromoblastoses des doigts. Du reste, l'apparence était bien celle qu'affecte ou passe pour affecter l'érythème polymorphe. Il en est de même dans le cas suivant.

X..., élève en pharmacie, âgé de 23 ans, vient nous consulter à la polyclinique de l'Hôtel-Dieu pour une affection des mains et de la face dont la première atteinte se manifesta lorsqu'il était encore âgé de 12 ans. C'est un garçon intelligent, assez robuste, qui ne présente dans ses antécédents aucune tare personnelle ou héréditaire. Disons de suite qu'il n'accuse aucune intolérance médicamenteuse.

La mère a des engelures. Lui-même n'en a pas souffert ; cependant, il a les pieds et les mains froides. Les mains sont évidemment subasphyxiques ; l'ensemble de la main est d'un blanc jaunâtre ; la phalange est élargie, spatulée, d'une couleur violacée ; les ongles laissent transparaître une teinte bleuâtre. Il n'y a pas cet état épais et mou de la main qu'on rencontre chez les sujets habituellement enclins aux engelures.

La première poussée de la maladie qui nous l'amène eut lieu, nous l'avons dit, onze ans auparavant : elle se manifesta, sans aucune cause appréciable, par la brusque et rapide apparition d'éléments érythémateux et prurigineux identiques à ceux qu'il nous présente encore aujourd'hui, et occupant les mêmes localisations, c'est-à-dire la face dorsale des mains, le visage, le cou, exceptionnellement les pieds, une seule fois la face antérieure des genoux.

Voici du reste l'histoire et la description de la poussée actuelle.

Dans l'après-midi et la soirée de samedi, sans prodrome ni provocation, le malade sent brusquement de violentes démangeaisons envahir son cou et la face. Aussitôt, apparition de taches blanches saillantes, entourées d'une zone rouge, manifestement urticarienne. Dans la nuit qui suit, mêmes accidents sur la face dorsale des deux mains et des poignets.

Le prurit, d'abord extrêmement vif, s'atténue et disparaît après le 3^e ou le 4^e jour. Nous le voyons à ce moment.

Sur la face dorsale des deux mains, des deux poignets, et des premières phalanges de chaque doigt, on constate la présence de taches érythémateuses, un peu saillantes, lisses, plus ou moins étendues, d'un rose vif. Elles sont très nombreuses, et leur apparence urticarienne est encore bien caractérisée. Quelques-unes sont excoriées ; une ou deux présentent de petites vésicules mal remplies d'un liquide transparent. En fait, toutes ces élevures ont été et sont toujours, pendant un temps court, coiffées de petites vésicules qui se résorbent rapidement. Les localisations que nous avons indiquées sur les mains sont constantes ; ni le reste des doigts, ni la face antérieure de la main et du poignet n'en présentent jamais.

Sur les parties latérales du cou, au-dessous et en arrière des oreilles, taches érythémateuses nombreuses, moins saillantes. Sur la face, au pourtour de l'orbite, mêmes éléments. Enfin l'extrémité du nez et les oreilles sont constamment les points les plus atteints. Du reste, aucune cicatrice, aucune tache pigmentaire, aucun angiokératome.

La poussée actuelle est limitée aux régions que nous venons d'indiquer.

Tout cela, dit le malade, demandera à peu près trois semaines pour s'effacer complètement. Toutes les poussées sont semblables et ne diffèrent que par la présence ou l'absence d'éruption sur les pieds. Les muqueuses sont toujours indemnes.

Nous avons dit que ces accidents se renouvelaient à des intervalles extrêmement irréguliers depuis onze années. Le froid n'est pour rien dans leur production, ni le régime. Le malade dit que, pendant l'année de service qu'il fit au régiment, il n'eut que 2 atteintes. Or, pendant les trois derniers mois, il en a présenté trois; c'est de la troisième qu'il nous montre les lésions.

Considérée en tant qu'éléments éruptifs et même en tant que localisations aux extrémités d'un processus clinique urticaire exaspéré et bien caractérisé, la maladie n'offre rien de particulier. Il faut noter cependant la coexistence avec une circulation évidemment très peu satisfaisante des extrémités, sans que d'ailleurs cette défaillance de la circulation puisse aller même jusqu'à la sub-asphyxie; à ce point de vue, les accidents sont beaucoup moins caractérisés que chez notre ancien malade; ici, l'expression d'érythème acro-asphyxique eût pu paraître forcée. Mais ce qui reste tout à fait anormal et spécial, c'est la récurrence incessante et absolument capricieuse de cet érythème qui, depuis 11 ans, apparaît et disparaît sur les mêmes régions, toujours et seulement sur les extrémités et qu'on ne peut bien classer ni parmi les « pernios » ni parmi les urticaires ordinaires.

Évidemment, on ne peut considérer de tels faits comme des érythèmes polymorphes; mais on peut et on doit les rapprocher de ces éruptions récidivantes des extrémités dont nous avons eu l'occasion de nous occuper récemment et qui sont d'ailleurs l'objet des préoccupations de beaucoup de dermatologistes. C'est là, en somme, la première ébauche des altérations vésiculeuses, pustuleuses, bulleuses, mutilantes même dont les observations commencent à se multiplier et nécessiteront bientôt la reprise complète d'une question mal connue.

A titre purement provisoire, je m'empresse de le dire, je crois qu'on peut répartir comme il suit la plupart, sinon la totalité des acrodermatites continues ou récidivantes, telles que nous en connaissons les observations.

1^{re} CLASSE : *Acrodermatites continues*.

1^o Acrokratodermie α) héréditaire (Thost).

— — — β) érythémateuse (Besnier).

2^o Acrodermatites pustuleuses et ulcéreuses;

α) Polydactylites de Hallopeau, comprenant probablement les faits de Frèche et de Stowers.

β) Dermatitis repens de R. Crocker.

II^e CLASSE : Acrodermatites continues avec renforcement.1^o Syndrome asphyxique de Raynaud.2^o Erythromélgie (comprenant peut-être les faits de Pick).**III^e CLASSE : Acrodermatites récidivantes.**1^o Type angio-neurotique :

α) Saisonnières : engelures ; éruptions vésiculeuses estivales.

β) Non saisonnières : Érythèmes acro-asphyxiques (avec nos 2 observations).

2^o Type névritique pur. α) Phlycténose récidivante (obs. personnelle).

β) Érythème desquamatif récidivant (obs. de Thibierge).

IV^e CLASSE : Acrodermatites provoquées. Ex. : les éruptions par les balsamiques, etc.

Je sais très bien quelles nombreuses objections on peut m'opposer. En particulier, il est impossible de déterminer exactement les limites des processus angio-neurotiques de ceux qui semblent relever de la névrite pure. Mais, je le répète, la classification ou mieux la répartition que je propose ici est purement provisoire et destinée à favoriser la connaissance des acrodermatites en général. Elle tombera d'elle-même quand nous serons mieux instruits.

Dores et déjà il paraît vraisemblable qu'on puisse poser 2 grandes divisions plus naturelles :

1. Un groupe *angioneurose* ayant pour type le syndrome de Raynaud, les engelures, les érythèmes acro-asphyxiques, etc.

2. Un groupe *névrite* allant de notre phlycténose à la dermatite repens en passant par les polydactylites de Hallopeau et les observations de Frèche, Stowers, etc.

Mais il nous manque encore beaucoup trop de renseignements pour y prétendre dès cet instant (1).

(1) Cf. principalement : HALLOPEAU. *Ann. Dermat.*, 1897, p. 478. — FRÈCHE. *Idem*, p. 491. — THIBIERGE. *Idem*, p. 181. — AUDRY, p. 303. Les notes d'Hallopeau qui a le premier décrit les polydactylites suppuratives, ont une importance particulière ; les plus anciennes datent de 1890 et 1892. On trouvera du reste un travail de cet auteur sur ce sujet dans le volume qui paraîtra à l'occasion du Jubilé de Schwimmer.

Leucomélanodermie syphilitique chez des indigènes algériens.

Par MM. GÉMY et RAYNAUD.

Chez les indigènes, les ulcérations tuberculeuses ou gommeuses de la syphilis laissent souvent des cicatrices souples, gaufrées ou lisses, absolument achromiques, et tranchant nettement sur le fond bronzé de leur peau. Ces taches blanches, qui sont très fréquentes chez les indigènes du Sud, ont été prises longtemps pour du vitiligo, ou pour de la lèpre. Beaucoup de médecins appellent encore *lèpre blanche* ces achromies des Arabes.

Il est très facile, sur les malades en traitement à l'hôpital, de suivre l'évolution de ces taches. A mesure que la lésion ulcéreuse se comble, la cicatrice, qui se forme, a une teinte rosée qui peu à peu fait place à une large tache blanche. Souvent les bords du tissu sain sont hyperpigmentés.

Les photographies présentées donnent une idée très nette de ces troubles de pigmentation, et montrent en même temps l'étendue incroyable des ulcérations chez les musulmans.

M. Raynaud déclare que, dans l'Aurès et en Kabyle et surtout dans la région de Biskra, il a rencontré un nombre incalculable d'indigènes présentant de l'achromie cicatricielle et du véritable vitiligo.

Chez eux, la vraie lèpre ou la morphée est très rare ; quelques cas de pinta ont été signalés. Mais ces troubles de pigmentation de la peau se distinguent fort aisément des lésions post-syphilitiques.

Cette question a déjà été traitée par M. Gémy à la session lyonnaise de la Société de Dermatologie (1894) et on trouvera dans les comptes rendus des détails précis sur ce sujet.

Note mycologique sur le microsporum trouvé à Parme par M. Mibelli.

Par M. E. BODIN.

M. Mibelli (de Parme) a observé une petite fille atteinte d'une tondante du cuir chevelu, présentant les caractères de la tondante à petites spores telle qu'elle a été décrite par M. Sabouraud (1). Ce fait

(1) V. MIBELLI. Di un caso di tigna del Gruby (Sabouraud) microsporum Audouini, var Bodin Almy). *Giornale italiano d. malattie veneree e d. pelle*, 1897, fasc. IV, p. 463.

présente un intérêt particulier, car, tandis qu'à Paris et à Londres le *Microsporon Audouini* est très fréquent chez l'enfant, on ne l'avait pas encore rencontré en Italie. C'est là un fait important au point de vue de la répartition géographique des teignes. Mais, étant donné ce que l'on sait de la pluralité des champignons parasitaires des teignes, il fallait se demander si le parasite de cette tondante était bien le *Microsporon Audouini* de Paris, ou s'il constituerait une espèce de microsporon distincte, quoique voisine, du microsporon de l'enfant.

Grâce à l'obligeance de M. Mibelli, j'ai pu pratiquer l'étude mycologique du champignon extrait par lui, à Parme, de cette tondante humaine et l'étude que j'en ai faite m'a offert plusieurs particularités dignes d'intérêt que je résumerai dans cette note.

Le parasite que M. Mibelli a eu l'amabilité de me confier a été ensemencé, au laboratoire, sur les milieux nutritifs dont je me sers pour l'examen des mucédinées parasites, c'est-à-dire sur moût de bière gélosé titrant 5 p. 100 de maltose, sur agar peptonisé à 1 p. 100, et mannité à 3 p. 100, sur agar peptonisé à 1 p. 100 et glyciné à 4 p. 100, sur gélatine et sur pomme de terre. J'ai pu ainsi comparer, dans des conditions de cultures identiques, le champignon italien avec ceux qui proviennent des teignes de notre pays.

Ensemencé de la sorte, le parasite de M. Mibelli m'a donné, sur tous milieux, des cultures dont l'aspect objectif se confond absolument avec celui des cultures du *Microsporum* du chien que j'ai décrit il y a quelques mois avec M. Almy, de l'École vétérinaire d'Alfort.

Il serait hors du cadre de cette note de reprendre ici la description de ce champignon; qu'il me suffise de rappeler l'aspect caractéristique des cultures du *Microsporum* du chien sur moût de bière gélosé sur lequel il prend l'apparence d'un tapis blanc jaunâtre avec des cercles concentriques plus ou moins nombreux et aussi ses cultures, non moins pathognomoniques, sur pomme de terre se présentant comme une traînée duveteuse blanchâtre avec coloration du milieu en brun.

Mais, quelque typique que soit l'aspect objectif d'une culture, il ne saurait suffire pour la détermination exacte d'une mucédinée; l'étude des formes de reproduction en est le complément indispensable.

J'ai donc étudié au microscope les cultures du parasite envoyé de Parme et j'y ai rencontré deux types différents d'appareils conidiens. L'un, dont l'abondance est très grande dans tous les cas, est formé par de gros éléments fuselés et cloisonnés, l'autre, plus rare mais constant cependant, prend la disposition des hyphes fertiles du type *Acladium*, supportant latéralement de petites conidies tronquées à leur base et sessiles. En outre j'ai vu, dans les cultures où les formes conidiennes étaient peu développées, naître des chlamydospores tout à fait parti-

culières, piriformes, à grosse extrémité périphérique et situées sur le trajet même des filaments mycéliens. Or, ces caractères morphologiques sont précisément ceux de tous les *Microsporums* en général et du *Microsporum* du chien en particulier, ainsi que je l'ai exposé déjà (1).

Enfin, dans le but de faire la preuve du pouvoir pathogène du champignon isolé par M. Mibelli, j'inoculai au cobaye des cultures pures de ce *Microsporum*. Chez trois animaux sur quatre inoculés, je vis vers le septième jour se développer une tondante dont l'évolution, les symptômes et les particularités microscopiques se confondent absolument avec ceux de la teigne occasionnée chez le cobaye par l'inoculation expérimentale du *Microsporum* du chien. Il est inutile d'insister ici sur ce fait que les rétrocultures obtenues avec les poils des cobayes inoculés se sont montrées semblables aux cultures du champignon rencontré à Parme.

Au sujet de ces inoculations expérimentales, il est toutefois un point sur lequel l'attention doit être fixée, je veux parler de la facilité avec laquelle le champignon de M. Mibelli peut être inoculé au cobaye, puisque j'ai vu l'expérience réussir trois fois sur quatre. Cela suffit, je crois, pour indiquer que nous sommes ici en présence d'un *Microsporum* d'origine animale; en effet, tandis que les *Microsporums* animaux s'inoculent aisément au cobaye, ni Sabouraud, ni moi n'avons jamais pu obtenir d'inoculations positives à l'animal avec le *Microsporum* de l'enfant.

Nul doute donc que le champignon trouvé par M. Mibelli sur un enfant atteint de tondante à Parme, ne soit le *Microsporum* du chien. Je viens d'en donner la preuve par les cultures, par l'étude mycologique et par les inoculations expérimentales, et cette constatation m'a semblé curieuse à plusieurs titres.

D'abord cette observation de *Microsporum* est la première qui ait été signalée en Italie; cela donne lieu à diverses considérations sur la distribution géographique des teignes que je m'abstiendrai toutefois de développer ici puisque M. Mibelli l'a fait dans son travail.

Je m'arrêterai plutôt à ce fait que l'observation de M. Mibelli nous montre, chez l'homme, un parasite qui n'avait été jusqu'ici rencontré que chez l'animal.

Lorsqu'il y a quelques mois j'ai découvert ce *Microsporum* chez le chien, je pensais bien, étant donnée sa virulence pour l'animal, qu'il pouvait, comme les *Microsporums* du cheval, donner des inoculations humaines; cependant je n'en avais pas la preuve définitive, aussi l'observation de M. Mibelli est-elle tout spécialement précieuse pour moi.

(1) *Recueil de médecine vétérinaire*, 15 mars 1897.

De là n'y a-t-il pas à conclure que, pour mener à bien une étude des mycoses, il faudrait faire marcher de pair l'observation des mycoses humaines et animales? Voici, par exemple, le *Microsporum* du chien que nous ne connaissions en France que sur l'animal et que M. Mibelli retrouve à Parme sur l'homme. Il y a un an, j'ai vu et décrit, à Paris, une lésion humaine due à un *Microsporum* inconnu jusqu'alors chez l'homme, mais qui semblait bien de provenance animale, et à Rennes, dans un régiment d'artillerie, je viens de retrouver ce *Microsporum* sur un grand nombre de chevaux.

En somme, aucune étude des parasites cutanés des animaux ne saurait être indifférente pour les dermatologistes et réciproquement les vétérinaires ne devraient se désintéresser d'aucune mycose humaine. A mon sens l'histoire de ces maladies recevrait bien des éclaircissements de l'union des deux médecines humaine et animale.

Enfin je ferai remarquer qu'une modification doit être apportée à notre façon d'envisager la tondante due au *Microsporum*.

Après les recherches de Sabouraud, la pluralité trichophytique a reçu sa consécration : il y a des *Trichophytons* humains, il y a des *Trichophytons* animaux. Mais, par contre, dans la description qu'il a donnée du *Microsporum* et de sa tondante, Sabouraud nous a montré cette tondante comme une entité morbide facile à fermer et causée par un parasite unique. Il semble en effet qu'il n'y a qu'une seule espèce de *Microsporum* appartenant en propre à l'homme. Seulement, depuis les études de Sabouraud, d'autres *Microsporums* ont été retrouvés chez les animaux. Ce sont des parasites distincts du *Microsporum* Audouini de l'homme, mais appartenant à la même famille mycologique nettement séparée des *Trichophytons* et des *Achorions*. Nous connaissons ainsi le *Microsporum* du cheval et le *Microsporum* du chien ; or le *Microsporum* du cheval peut donner des lésions humaines et, pour le *Microsporum* du chien, le même fait vient d'être établi par le travail de M. Mibelli et par cette note.

Pour les *Microsporums*, comme pour les *Trichophytons*, il y a donc pluralité des espèces parasitaires et, dès aujourd'hui, il convient de séparer les *Microsporums* en 2 groupes : le *Microsporum* humain, type du genre, que l'on observe très fréquemment chez l'enfant, mais qui n'a jamais été rencontré chez l'animal, et les *Microsporums* animaux, communs chez le cheval et chez le chien, susceptibles dans certaines circonstances de s'inoculer à l'homme.

M. SABOURAUD. — Je n'insisterai pas sur l'intérêt extrême de cette observation unique ; je tiens seulement à faire remarquer qu'en France, sur des milliers d'enfants atteints de teigne tondante à petites spores, c'est toujours la même unique espèce cryptogamique le *Microsporum* Audouini que

l'on y rencontre. Quant à la pluralité des *Microsporums*, quoique plus restreinte que celle des *Trichophyton*s et analogue seulement à celle des *favus*, elle est néanmoins indiscutable. Dès mes premières recherches sur le sujet (1892-93) j'ai présenté, ici même, le premier *Microsporum du cheval* qui cause l'herpès contagieux des poulains, et que j'avais obtenu d'un cheval de la Compagnie générale des Petites Voitures. Les belles recherches de M. Bodin ont déjà élevé de deux à quatre le nombre des espèces de *Microsporums* aujourd'hui connues.

Le secrétaire,

L. BRODIER.

SÉANCE DU 8 DÉCEMBRE 1897

Présidence de M. Ernest Besnier.

SOMMAIRE. — Ouvrages offerts à la Société. — A l'occasion du procès-verbal. Singularités de la contagion syphilitique, par M. BARTHÉLEMY. — Traitement du lupus par les injections de calomel, par M. DUBOIS-HAVENITH. — Crevasses chancriformes des mamelons, par MM. BALZER et MICHAUX. (Discussion : M. FOURNIER.) — Ulcérations papillomateuses de la jambe, par M. DU CASTEL. (Discussion : M. LEREDDE.) — Sur les folliculites des séborrhéiques et la dépilation qu'elles peuvent provoquer, par MM. HALLOPEAU et J. LAFFITTE. (Discussion : MM. SABOURAUD, HALLOPEAU.) — Sur un quatrième fait d'acrodermatites suppuratives continues, par M. HALLOPEAU. (Discussion : MM. FOURNIER, HALLOPEAU.) — Érythrodermie chronique en réseau avec ichtyose, par M. DANLOS. — Mélanodermie parasitaire avec plaques pigmentées de la muqueuse buccale, par M. DANLOS. — Traitement du chancre mou par l'air chaud, par M. HARALAMB, de Bucarest. (Discussion : MM. BARTHÉLEMY, VERCHÈRE.) — Balanoposthite leucoplasique, par MM. PERRIN (de Marseille) et LEREDDE. — Trois cas de syphilis héréditaire, par M. FOURNIER. (Discussion : MM. DABIER, JACQUET, FOURNIER, BESNIER, BARTHÉLEMY, MOTY).

Ouvrages offerts à la Société

M. BARTHÉLEMY. — Contribution à l'asepsie dans la thérapeutique hypodermique (Extr. *France médicale*, 1892). — Verrues, molluscums et végétations (Extr. *Comptes rendus du Congrès de médecine de Nancy*, 1896). — Pratique des injections d'huile grise (Extr. *Comptes rendus du Congrès de médecine de Nancy*, 1896). — Applications de la méthode de Röntgen aux sciences médicales, par MM. OUDIN et BARTHÉLEMY (Extr. *Comptes rendus du Congrès de médecine de Nancy*, 1896). — Diverses notes sur la méthode de Röntgen appliquée aux sciences médicales, par MM. BÉCLÈRE, OUDIN et BARTHÉLEMY (Extr. *Bulletin Soc. méd. des hôpitaux*, 1897). — Diabétides génitales chez l'homme (Extr. *Journal de médecine de Paris*, 1897). — Quelques anomalies dans les symptômes des chancres syphilitiques et des syphilides érosives, par M. BARTHÉLEMY (Extr. *Journal de médecine de Paris*, 1897).

M. BERGERON. — *Rapports présentés au ministère de l'intérieur sur les vaccinations*, 1^o en 1896, 2^o en 1895 (Académie de médecine).

M. CHARPENTIER. — *Rapports de la commission de l'hygiène de l'enfance* : 1^{er} en 1895, 2^e en 1896 (Académie de médecine).

PETRINI, de Galatz. — *Note sur la toxicité des urines et du sérum des lépreux tuberculeux présentée à la Conférence de la lèpre*. Bucharest, 1897. — *Note sur l'absence du bacille de Hansen dans la lèpre tuberculeuse*. *Ibid.*, *Ibid.*, 1897.

A L'OCCASION DU PROCÈS-VERBAL

Irrégularités de la contagiosité syphilitique.

M. BARTHÉLEMY. — Dans la dernière séance, notre honoré Président attirait l'attention de la Société sur les singularités de la contagiosité syphilitique, et signalait notamment la rareté des contagions médicales, par les instruments, par exemple. J'ai recherché à Saint-Lazare les cas de syphilis contractée à l'intérieur de cet établissement. Depuis 1889, dans mon service, je n'ai observé que trois de ces faits. Or ces cas sont dus à des causes vénériennes simples ou habituelles, volontaires, pas même accidentelles. Et je n'ai pas trouvé dans mes investigations un seul cas, où la syphilis dût être sûrement rapportée à l'usage d'instruments contaminés, comme la légende s'en était presque formée, pour les spéculums par exemple. Cela ne veut pas dire qu'il n'est pas extrêmement utile d'avoir de très nombreux spéculums, les uns pour les blennorrhagiennes, les autres pour les syphilitiques, toujours aussi propres et aseptiquement tenus que possible; mais cela tendrait à démontrer qu'il n'est pas nécessaire, comme je l'ai vu en Russie par exemple, d'avoir un spéculum presque pour chaque malade.

Il faut, de plus, que le clinicien sache que la contagion de la syphilis est loin d'être fatale chaque fois qu'on s'y expose. Je ne veux pas rappeler les cas connus de ces cinq jeunes gens qui eurent dans la même nuit des rapports avec une même femme en période secondaire de la syphilis; sur les cinq, trois seulement furent contaminés, et pourtant les autres n'étaient ni hérédo-syphilitiques ni antérieurement syphilitiques; ils eurent la chance d'échapper, voilà tout.

J'ai vu, avec mon confrère le Dr Weill, un très bel enfant qui, tout un mois durant, a tété, plusieurs fois par jour, le type le plus absolu (suivi des accidents secondaires classiques) du chancre syphilitique du sein et qui n'a jamais rien eu de syphilitique, bien que les parents n'eussent jamais eu la syphilis. La nourrice avait pris la syphilis avec un premier nourrisson hérédo-syphilitique et était entrée chez le second nourrisson pendant la période de première incubation.

Le chancre apparut quinze jours après l'arrivée de la nourrice dans la seconde famille, et, comme cette nourrice était très forte et très saine en apparence, on ne pensa pas à la syphilis et on considéra la lésion comme une *gerçure* chancriforme.

L'enfant était très vigoureux; ses lèvres étaient roses, la muqueuse lisse

sans la moindre gerçure ni desquamation; ce sont là, je crois, les conditions favorables qui ont évité la contagion.

Dans un cas plus récent observé avec notre excellent maître, M. Besnier, il s'agissait d'un homme qui s'est exposé aussi à de nombreux contacts infectants et qui a pourtant échappé à toute contamination. La dame est en pleine période d'une syphilis secondaire grave, caractérisée par des éruptions multiples, d'une intensité et d'une précocité extrêmes; il y a des poussées, même en plein traitement, au point que je suis contraint, au risque de m'exposer à des stomatites, à employer des doses mercurielles qui dépassent de beaucoup la moyenne. Les premières syphilides papulo-hypertrophiques sont apparues aux cuisses le 12 octobre et autour de la vulve le 19 octobre. Or les premiers rapports datent du 16 juillet et furent répétés quotidiennement du 17 au 31 juillet, du 12 au 17 août, puis le 21 août, le 5 septembre, les 15, 16 et 17 septembre, les 2 et 3 octobre, les 16 et 17 octobre, enfin le 24 octobre. Or, il n'y a aucune lésion même suspecte chez cet homme. A l'examen des parties génitales de la dame, on trouve à droite huit lésions, à gauche trois; ce sont des plaques saillantes, dures, sèches, développées sur la *face antéro-externe* des grandes lèvres. Il n'y a absolument aucune lésion érosive ni autre aux petites lèvres. Si l'on introduit le doigt, on peut se rendre compte qu'aucun contact ne peut avoir lieu entre les lésions syphilitiques et l'organe introduit. Le contact ne pourrait avoir lieu qu'exceptionnellement. Il s'agit de plus, de plaques de la peau, croûteuses, sèches, séborrhéiques, lésions peu suintantes et pouvant par conséquent peu répandre de liquide infectant. La contagion se fait surtout (et alors elle peut être presque inévitable) quand il y a plaque érosive, soit au bord libre, soit surtout à la face interne des grandes lèvres et surtout des petites lèvres; ce sont celles-là qui sont particulièrement dangereuses et il serait intéressant de savoir si des hommes sains peuvent échapper à la contagion en pareil cas. Je pense, jusqu'à preuve du contraire, que c'est à ces dispositions tout spécialement favorables que ce sujet doit d'avoir échappé. Mais quelle que soit l'interprétation, le fait est réel et digne d'être signalé.

M. Besnier me rapportait, il y a quelques instants, quelques autres faits de non-contagiosité syphilitique dans des cas de lésions linguales, et même dans un cas de chancre syphilitique du col utérin.

Traitement du lupus par les injections de calomel.

Par M. DUBOIS-HAVENITH.

J'ai avancé dans la dernière séance que l'injection de calomel ne pouvait plus être considérée d'une manière absolue comme la pierre de touche de la syphilis. J'avais promis d'en apporter la preuve

aujourd'hui. La voici : un de mes anciens élèves, le D^r Asselbergs, a bien voulu me communiquer la relation de 14 observations de lupeux soumis exclusivement et systématiquement aux injections de calomel. Il s'agit, cela va sans dire, de lupeux authentiques, la plupart malades depuis de nombreuses années.

Je laisse la parole aux faits, sans chercher pour le moment du moins, à les interpréter.

OBSERVATION I. — *Lupus tuberculo-ulcéreux du visage et du cou. Age : 36 ans. — Durée : 7 ans.* — Une dizaine d'injections espacées en moyenne de 10 en 10 jours. Guérison clinique complète. La malade a été présentée à la Société médico-chirurgicale du Brabant, où j'ai pu constater de visu la cicatrisation absolue des foyers tuberculeux.

OBSERVATION II. — *Lupus tuberculo-ulcéreux de tout le visage. Infiltration profonde des tissus. Lupus de la conjonctive. — Age : 43 ans. — Durée : 26 ans.* — 23 injections. Guérison complète, sauf la persistance de quelques nodules. — Amélioration du lupus de la conjonctive. — La malade a été présentée à la Société médico-chirurgicale du Brabant.

OBSERVATION III. — *Lupus tuberculo-ulcéreux de tout le visage. — Age : 55 ans. — Durées : 48 ans.* — 15 injections. Guérison complète. — Trois petits foyers de repullulation après six mois. Malade présentée à la Société médico-chirurgicale du Brabant.

OBSERVATION IV. — *Lupus tuberculo-ulcéreux du nez et des joues. — Adénites tuberculeuses suppurées de l'aisselle — Age : 18 ans. — Durée : 4 ans.* — 16 injections. Guérison. Quelques nodules réapparaissent dans la cicatrice après 6 mois.

OBSERVATION V. — *Lupus éléphantiasique du visage et du cou consécutif à la fonte purulente de ganglions tuberculeux. Infiltration profonde du derme et du tissu cellulaire sous-cutané. Proportions monstrueuses du visage. — Age : 20 ans. — Durée : 11 ans.* — 18 injections. Guérison. Quelques tubercules persistants sont détruits au galvano-cautère. La malade a été présentée à la Société médico-chirurgicale du Brabant.

OBSERVATION VI. — *Lupus tuberculo-ulcéreux du nez, et de la lèvre supérieure et de la gencive. — Age : 16 ans. — Durée : 11 ans.* — 7 injections. Guérison complète.

J'abrège et vous fais grâce de la lecture des autres observations desquelles il résulte que l'action de l'injection du calomel sur l'élément lupique dans presque tous ces cas ne saurait être mise en doute. Cette action est surtout sensible lors des premières injections ; elle s'atténue progressivement à mesure que leur nombre augmente.

Ce sont surtout les infiltrats et les ulcérations qui subissent les premiers l'influence de ces injections. Cependant il est certain que le

tubercule lui-même peut participer à la régression générale. La guérison complète obtenue dans plusieurs cas le démontre péremptoirement. Je dis à dessein « *peut participer* », car la persistance habituelle de nodules lupeux, et leur réapparition au sein des cicatrices ne permet pas de considérer l'injection de calomel comme un remède spécifique du loup.

Aussi M. Asselbergs nous dit-il que c'est surtout dans le traitement de loup tuberculo-ulcéreux anciens, à infiltration profonde, que la méthode peut rendre des services. Elle ne constitue en réalité qu'une méthode à employer exceptionnellement, à associer au besoin à d'autres.

Quoi qu'il en soit, j'ai cru qu'il y avait intérêt à vous faire cette communication parce que vous étiez admirablement placés dans ce bel hôpital Saint-Louis pour reprendre les expériences faites par mon compatriote le Dr Asselbergs et contrôler les résultats qu'il a obtenus.

Crevasse chancriformes des mamelons.

Par MM. F. BALZER et MICHAUX.

C. ., âgée de 31 ans, a eu à l'âge de 29 ans un premier enfant, né à terme, et qui succomba à une atteinte de diarrhée infantile. Le deuxième enfant est né le 8 octobre 1897 ; trois ou quatre heures après la naissance, la mère commença à donner le sein. Les mamelons n'étaient nullement formés et sont restés depuis très aplatis ; mais le lait est abondant et la petite tête vigoureusement.

Dès le deuxième jour, douleurs aux mamelons et formation de crevasse qui s'agrandirent les jours suivants.

Actuellement (11 octobre), on voit deux érosions arrondies exactement placées à l'extrémité des deux mamelons. Elles ont le diamètre d'une pièce de 50 centimes ; leur teinte est d'un rouge sombre, elles n'ont pas de bords saillants, et leur aspect simule à s'y méprendre celui du chancre infectant. Toutefois la palpation montre que ces deux érosions ne sont pas indurées ; de plus, il n'y a pas de pléiade ganglionnaire dans les aisselles ; enfin sur le mamelon gauche, en arrière de l'érosion principale, on constate une seconde crevasse demi-circulaire.

Les réponses de la mère sont très catégoriques : son mari est sain ; elle-même est saine et n'a présenté aucun autre signe pouvant faire supposer une infection ; elle n'a donné le sein qu'à sa petite fille. Elle continue encore à le lui donner malgré les souffrances occasionnées par les crevasse ; la petite fille a très bon aspect et se porte parfaitement.

A première vue, le diagnostic de chancre syphilitique s'imposait dans ce cas d'une manière presque absolue, et le fait que nous présentons, et dont M. Baretta a exécuté le moulage, offre un intérêt particulier au point de vue médico-légal, en montrant avec quelle perfection les crevasses dues à l'allaitement peuvent simuler le chancre syphilitique.

Cliniquement trois signes pouvaient mettre sur la voie : l'absence d'induration ; l'absence de pléiade ganglionnaire ; la petite crevasse surajoutée au mamelon gauche.

Le raisonnement devait aussi faire exclure délibérément la syphilis. En effet, l'enfant était saine ; donc pas d'infection possible de ce côté, d'autant plus qu'une infection venant de l'enfant n'aurait pas pu commencer à se manifester deux ou trois jours après le début de l'allaitement. D'autre part, la mère affirmant que sa petite fille seule lui a pris le sein, le diagnostic ne peut plus hésiter. Il s'agit simplement de *crevasses chancriformes des deux mamelons*. Ce diagnostic est seul à poser, car les érosions n'ont pas une apparence qui puisse faire songer à une lésion secondaire.

Le traitement a eu promptement une heureuse influence ; l'enfant n'a pas voulu accepter les bouts de sein ; la mère fait, dans l'intervalle des tétées, des pansements avec des compresses de mousseline imbibées d'eau boriquée qui paraissent modifier très promptement les érosions.

M. FOURNIER. — J'insiste sur l'importance médico-légale d'un fait semblable. Il était impossible à première vue de ne pas diagnostiquer un chancre syphilitique. Les seules anomalies étaient la mollesse et l'adénopathie non caractéristique.

Ulcération papillomateuse de la jambe.

Par M. DU CASTEL.

Le malade, que j'ai l'honneur de vous présenter, est entré dans le service au mois de juillet dernier pour une affection dont le début remontait au mois de mai ; il portait, à cette époque, à la partie antérieure de la jambe, une ulcération végétante d'un aspect particulier, papillomateuse, légèrement suppurative ; des applications antiseptiques amenèrent une amélioration rapide des lésions et, quand je repris mon service au mois d'octobre, le malade pouvait être considéré comme guéri. Je fus étonné, quelques jours après, de voir une plaque

inflammatoire se produire à la partie inférieure et externe de la jambe ; cette plaque s'ulcérât bientôt, prenait l'aspect végétant des plaques premières.

Vous pouvez voir aujourd'hui le placard morbide ; sa partie végétante rappelle quelque peu le macaron de la trichophytie équine, mais la suppuration est ici beaucoup moins abondante ; l'évolution rapide des lésions, leur extension par poussées brusques, leur guérison facile dans les points envahis les premiers, ne permettent pas, je crois, de penser à une tuberculose cutanée de forme papillomateuse. La lésion, à laquelle le placard morbide ressemble le plus, est le bouton des pays chauds ; vous pouvez, en effet, voir autour de la surface végétante et papillomateuse une zone inflammatoire rougeâtre au milieu de laquelle sont semées de petites vésico-pustules ulcérées rappelant tout à fait les érosions initiales du bouton des pays chauds (voir le moulage). A cause de l'analogie des lésions avec la folliculite agminée et surtout avec le bouton de Biskra, à cause de la marche des lésions, je crois que nous sommes en présence d'une affection parasitaire ; mais il n'a pas encore été possible d'établir la nature du microbe causal, si microbe il y a. M. Leredde, qui a bien voulu poursuivre la recherche du parasite, n'a pu encore parvenir à un résultat positif ; il a cherché du côté des trichophytons, de la tuberculose ; les recherches de notre savant collègue n'ont pas encore abouti ; c'est vous dire combien ici la découverte du parasite est difficile ; mais M. Leredde veut bien continuer ses investigations et il faut espérer qu'elles aboutiront ; en pareil cas, nous nous ferons un plaisir de vous communiquer le résultat de son observation.

Voici du reste l'histoire détaillée du malade, recueillie par mon interne, M. de Fontréaulx.

Émile S..., 46 ans, est couché au lit 48 (*bis*) de la salle Cazenave.

Son père et sa mère sont morts jeunes en Algérie où ils étaient colons.

De quatre à trente ans S... habite l'Algérie où il a les *fièvres intermittentes*. Il habite Paris depuis seize ans, les accès de fièvre ont cessé. Il travaille dans une teinturerie, local froid et très humide.

Il n'a jamais eu de syphilis. Maladie d'yeux dans le jeune âge.

A son entrée à l'hôpital Saint-Louis, le 7 juillet, on constatait à la jambe droite, en avant de la crête du tibia, deux cicatrices brunes, résultat, dit le malade, d'un coup reçu à l'âge de 17 ans.

Sur la jambe gauche, deux plaies, l'une à la partie moyenne et en avant grande comme une pièce de cinq francs. L'autre beaucoup plus vaste s'étendait dans toute la partie sus-malléolaire interne sur une hauteur de 10 centimètres environ et contournait la face postérieure. Ces lésions dataient du mois de mai, époque à laquelle elles avaient débuté spontanément.

Au mois d'août les deux plaies sont cicatrisées après désinfection au permanganate de potasse, pansement humide, puis collodion. Les cic-

trices sont brunes, foncées, le centre est plus clair et légèrement atrophié. Les bords sont formés d'une ligne brune irrégulière microcyclique.

Au mois d'octobre, on voit apparaître au-dessus de la malléole externe de la même jambe une rougeur diffuse qui se fond en arrière avec la cicatrice de la plaie précédente. Bientôt légère surélévation et ulcération.

Actuellement on observe une ulcération étendue dans le sens vertical, longue de 8 centimètres sur 5 de large. La surface est saillante, rouge, bourgeonnante, couverte de papilles molles, fongueuses, irrégulière et anfractueuse par places, un peu saignante. Les bords en pente douce vers la peau saine sont violacés avec légère couche épidermique blanche au travers de laquelle on aperçoit de petites vésico-pustules rouges tendant à l'ulcération.

Veines des jambes un peu marquées, mais sans grosses varices. Pas d'adénites.

Ni douleurs, ni démangeaisons. Quelquefois cependant la plaie est lancinante.

Pas de troubles de la sensibilité, ni troubles sudoraux.

Appareils circulatoire, digestif, respiratoire, rien à noter. Appétit bon, parfois un peu de constipation. Réflexes normaux, plutôt exagérés. Pas de fièvre.

M. LEREDDE. — Je ne me reconnais pas le droit d'éliminer *scientifiquement* la trichophytie : au moment où j'ai étudié le malade il n'offrait pas de pustules et peut-être y trouverait-on un trichophyton. Ce diagnostic me paraît toutefois bien improbable. M. Sabouraud, à qui j'ai montré le malade, n'a pas pensé non plus à une trichophytie.

Histologiquement j'ai trouvé un plasmome à éléments très peu serrés ; je n'ai pu colorer de microbes sur les coupes.

Sur les folliculites des séborrhéiques et la dépilation qu'elles peuvent provoquer.

Par MM. H. HALLOPEAU et J. LAFFITTE.

L'un de nous a attiré déjà l'attention sur les folliculites suppuratives qui peuvent compliquer la séborrhée ; il en a, en particulier, communiqué à la Société deux exemples remarquables en 1894.

Dans l'un, il s'agissait de folliculites qui avaient envahi le cuir chevelu et les régions axillaires et en avaient amené la dépilation partielle, mais très étendue, en même temps qu'une éruption séborrhéique typique s'était développée au-devant du sternum et que des altérations de même nature, bien que d'aspect différent, occupaient la région iléo-pubienne.

L'autre sujet a quitté notre service ces jours derniers : il était déjà, à cette époque, malade depuis trois ans et il l'est encore actuellement, bien qu'à un degré moindre. Voilà donc 7 ans que ces folliculites suppuratives récidivent chez lui ; lors de la première communication dont il a été l'objet, ces folliculites étaient distribuées sur toute la surface du corps, intéressant partout les glandes annexées aux poils adultes et en amenant la chute ; il en était résulté une alopecie très étendue du cuir chevelu et très prononcée de la barbe ainsi que des régions axillaires et pubienne. Ces lésions s'étaient greffées sur une séborrhée constatée antérieurement par M. Brocq et encore manifeste lors de nos premiers examens.

Ce malade est depuis lors resté constamment dans notre service, sauf un court séjour dans celui de M. Fournier. Nous avons obtenu, en ayant recours à divers antiseptiques, une notable amélioration dans son état, mais néanmoins la maladie persiste toujours et récemment il s'est produit une fâcheuse complication oculaire.

L'état actuel peut être résumé ainsi qu'il suit :

Les cheveux, ont en grande partie repoussé, ils restent cependant très raréfiés dans les régions temporales ainsi qu'à l'occiput ; on voit, dans ces régions, de nombreuses papules rouges surmontées de croûtelles qui représentent des folliculites en voie de régression ; les sourcils ont presque entièrement repoussé.

La barbe a reparu partiellement ; on voit des poils adultes sur la lèvre supérieure et au menton ; sur les joues, il n'y a encore que des poils follets ; on y remarque des traces de folliculites.

Les altérations sont encore en pleine activité aux aisselles et au pubis ; on y voit des folliculites reposant sur des plaques érythéma-teuses ; ces régions sont presque complètement glabres.

Quelques éléments de folliculites sont disséminés sur les membres inférieurs.

Il y a un mois, une pustulette s'est développée près du bord inférieur de la cornée droite ; elle persiste encore aujourd'hui et s'accompagne d'une inflammation intense de la conjonctive oculaire et palpébrale ; il y a une vive douleur et du larmoiement ; la cornée est actuellement ulcérée au niveau de la pustulette.

Il est probable que cette altération cornéenne est due à une auto-inoculation de microbes pyogènes.

Les régions sous-maxillaires, inguinales et axillaires sont le siège d'adénopathies peu volumineuses.

Les deux autres malades que nous signalons à l'attention de la Société sont également atteints simultanément d'eczéma séborrhéique et de folliculites avec dépilation.

On observe chez le nommé Alexandre M... un eczéma séborrhéique du cuir chevelu ; il a amené une alopecie très étendue ; son visage

est également le siège d'un eczéma, qui paraît avoir débuté au voisinage d'une des narines, mais qui a envahi tout le menton et les joues et s'y accompagne de folliculites suppuratives.

Ces mêmes suppurations se retrouvent, de chaque côté, à la face interne des cuisses et au pubis ; dans cette dernière région, elles ont amené une chute partielle des poils.

Le nommé B..., âgé de 22 ans, est affecté d'un eczéma séborrhéique des plus intenses et des plus rebelles ; toute la face est envahie par des poussées aiguës incessamment récidivantes malgré les traitements les plus variés ; les poils du menton présentent à leur base de petites pustules ; ils sont très raréfiés.

Concurremment, on observe chez ce jeune homme, à la face interne des cuisses, de nombreuses pustulettes centrées d'un poil ; ici, contrairement au visage, il n'y a pas de dépilation.

L'examen bactériologique a dénoté, chez ces deux derniers malades, la présence, dans les produits morbides, du staphylocoque doré ; ce même microbe avait été trouvé chez notre premier malade, il y a trois ans, par M. Le Damany, en même temps que le micrococcus cereus.

Les faits qui résultent de ces observations peuvent être résumés ainsi qu'il suit :

1° *L'eczéma séborrhéique peut se compliquer de folliculites suppuratives.*

2° *Ces folliculites sont remarquables par leur tendance à récidiver incessamment pendant de longs laps de temps.*

3° *Leurs sièges de prédilection sont la barbe, le pubis et la face interne des cuisses ; on peut les observer également au cuir chevelu, dans les aisselles et au pourtour de tous les poils adultes du tronc et des membres.*

4° *Elles paraissent dues à l'invasion des follicules pilo-sébacés par des staphylocoques dorés ; sans doute ces parasites y trouvent un terrain qui leur est devenu favorable sous l'influence des produits engendrés par les microbes propres à cet eczéma.*

5° *Ces folliculites amènent le plus souvent la chute des poils intéressés.*

6° *Il peut en résulter un état presque complètement glabre des parties atteintes.*

7° *Ces dépilations peuvent n'être pas définitives ; elles persistent cependant très longtemps, sous l'influence des récidives continues des folliculites.*

M. SABOURAUD. — Il est certain que le malade est un séborrhéique. Mais dans les folliculites, je suis convaincu qu'on trouverait du staphylocoque en abondance. On ne pourrait dire, par suite, folliculite séborrhéique, mais folliculite staphylococcique.

M. HALLOPEAU. — Mais ce malade présente de l'eczéma séborrhéique derrière les oreilles et au cuir chevelu. J'emploie les termes séborrhée et eczéma séborrhéique au sens d'Unna, qui est le sens classique. Ce terrain séborrhéique est favorable à la production de folliculites du genre de celles-ci.

M. SABOURAUD. — Quand je parle de séborrhée, je parle d'une affection dont je définis la lésion élémentaire. Voici un malade qui présente dans le cou des comédons et qui est atteint de pelade et de calvitie: le malade est un séborrhéique, il est atteint de la pelade séborrhéique de l'adulte.

Sur un quatrième fait d'acrodermatite suppurative continue.

Par M. H. HALLOPEAU.

L'observation du malade qui fait l'objet de cette communication a été publiée déjà partiellement, dans le numéro du mois de mai de notre Bulletin, par M. Frèche, sous le titre d'*éruption tropho-névrotique des extrémités rappelant la dermatitis repens*. Nous adoptons, pour la désigner, une dénomination différente pour les raisons suivantes: l'histoire de ce sujet offre les plus grandes analogies avec celle du premier malade que nous avons présenté à la Société comme atteint de polydactylites suppuratives chroniques et qui a été le premier type connu de nos acrodermatites continues; la nature tropho-névrotique de cette dermatose nous paraît au moins très contestable; elle diffère essentiellement, par sa marche et ses caractères cliniques, de la *dermatitis repens* de Radcliffe Crocker. Il s'agit, suivant toute vraisemblance, d'une infection staphylococcique, empruntant à son siège initial ses caractères spéciaux, et susceptible de se généraliser.

Si nous nous permettons aujourd'hui d'attirer de nouveau l'attention de la Société sur ce malade, c'est en raison, non seulement de ces désaccords dans son interprétation, mais aussi des faits nouveaux qui se sont produits chez lui depuis la note publiée par M. Frèche et de l'intérêt qui s'attache actuellement à ces observations, comme en témoignent les récentes publications de M. Audry. Nous en avons nous-même essayé une étude d'ensemble qui va paraître ces jours-ci dans le Festschrift du professeur Schwimmer: cette note pourra servir à la compléter.

Le malade a quitté le service de M. Dubreuilh avant la fin de mai

(voir l'observation, p. 491 de notre *Bulletin* de cette année). Peu de jours après, les lésions suppuratives, au lieu de rester limitées, comme elles le faisaient depuis le début, aux quatre extrémités, s'étendent rapidement, d'abord aux jambes, puis à toute la surface du corps : elles se présentent sous la forme de pustules dont le volume varie de celui d'un grain de millet à celui d'une lentille; la face est tuméfiée; il se produit de la fièvre tous les soirs; bientôt cependant cette éruption secondaire se dessèche et s'efface en grande partie, il ne reste plus, en dehors des acrodermatites, qu'un certain nombre de foyers disséminés en diverses régions; les acrodermatites se généralisent peu à peu; il se produit des déviations digitales; les suppurations continuent à se renouveler incessamment.

Lorsque le malade entre le 23 novembre au n° 28 de notre salle Bazin, ses acrodermatites sont encore en pleine activité; elles représentent, par leurs localisations, des paires de gants et de brodequins.

Les lésions en forme de gants sont limitées en haut par un rebord circulaire qui se trouve à environ trois travers de doigt au-dessus des poignets : il est constitué par un bourrelet érythémateux nettement arrêté et finement squameux; les parties situées au-dessous de lui sont presque entièrement recouvertes de croûtes épaisses mélancériques; elles ne font défaut que dans quelques flots disséminés où l'on voit une rougeur pigmentée sur laquelle se détachent des infiltrations purulentes arrondies ou sinueuses; l'épiderme y est très manifestement aminci et en partie desquamé; c'est surtout dans les paumes des mains que l'on voit ces surfaces non croûteuses; l'index de la main droite est le seul doigt où on les retrouve : les extrémités des doigts sont renflées en massues; les ongles sont tombés, leurs matrices sont recouvertes de croûtes épaisses.

Les doigts sont fléchis sur les paumes des mains; les deuxièmes phalanges des annulaires et des médians sont étendues sur les premières. Ces parties ne se meuvent que difficilement; on peut cependant les redresser partiellement.

L'éruption en brodequins est très analogue à celle qui vient d'être décrite : elle est cependant moins complète; c'est ainsi que la face dorsale des trois derniers orteils du pied droit est jusqu'ici indemne; les ongles des trois premiers persistent; ils sont incurvés, dépolis et striés transversalement et verticalement : au pied gauche, l'ongle du pouce reste seul; celui du quatrième orteil se détache au moment même de notre examen; on voit son lit recouvert d'un épais exsudat purulent.

Si l'on enlève les croûtes de la plante du pied, on voit une surface rouge criblée de traînées purulentes de formes très diverses.

Il persiste dans la continuité des membres, au tronc et au visage, des lésions consécutives à la poussée généralisée du mois de mai.

Dans les régions inguinales, la peau est rouge et suintante; elle desquame; il en est de même au niveau des parties du scrotum qui leur sont contiguës; sur les flancs, sur l'abdomen et dans le dos, surtout dans sa moitié inférieure, l'on voit disséminés des placards éruptifs : l'un d'eux occupe toute la région lombaire et fessière; il s'étend, à droite, jusque dans la fosse

iliaque; ces placards sont constitués par des surfaces érythémateuses parsemées de pustules semblables à celles qui ont été mentionnées précédemment, de croûtes jaunâtres ou d'excoriations recouvertes d'un pus concret. La lèvre supérieure est le siège de croûtes jaunes confluentes dans toute sa hauteur; à la lèvre inférieure, les mêmes lésions sont limitées au bord libre: on retrouve des altérations identiques sur la partie inférieure des joues, au menton; on voit enfin quelques croûtelles et macules sur la face palmaire des avant-bras.

Le malade accuse des sensations pénibles de cuisson dans les parties atteintes, surtout aux extrémités.

Ses mouvements sont très gênés; il a dû nécessairement abandonner toute espèce de travail manuel, et même, depuis quinze mois, il ne peut manger seul.

La face dorsale de la langue est creusée d'un petit nombre de sillons peu profonds; sa pointe est légèrement desquamée; la mastication est un peu douloureuse.

Le 3 décembre, les croûtes qui recouvraient les extrémités sont presque complètement tombées sous l'action de pansements avec des compresses imprégnées d'eau boriquée; l'aspect de ces parties s'est modifié ainsi qu'il suit: au niveau des altérations régionales que nous avons comparées à une paire de gants, la peau est d'un rouge vif, excepté sur la face dorsale des articulations métacarpo-phalangiennes du médius et de l'annulaire; sur ce fond rouge tranchent des décollements purulents des formes les plus diverses: ils représentent des courbes variées et s'entrecroisent suivant des modes très irréguliers; le diamètre de ces traînées purulentes varie de 2 à 8 millimètres; certaines d'entre elles représentent des cercles complets avec ou sans point rouge dans leur partie centrale. Ces mêmes altérations existent sur les faces dorsales et palmaires de ces extrémités; quelques croûtes jaunâtres persistent encore sur le dos de la main gauche.

La rougeur de ces parties est due, en toute évidence, à une chute de la couche superficielle de l'épiderme en même temps qu'à une hyperhémie intense; les soulèvements purulents sont limités extérieurement par la couche profonde de l'épiderme qui résiste à leur tension.

Les extrémités inférieures présentent un aspect identique.

Les lésions des autres régions ont partiellement rétrocedé: on n'y trouve pas en ce moment les traînées purulentes que nous venons d'indiquer; et ce sont seulement des plaques érythémateuses recouvertes de minces croûtelles et parsemées de quelques pustulettes.

Si l'on veut bien se reporter à la première observation que nous avons publiée en 1890 sous le titre de *polydactylites suppuratives récidivantes*, on peut voir qu'elle offrait avec celle-ci les plus grandes analogies: le malade présentait les mêmes altérations initiales des doigts, le même envahissement secondaire des mains et des pieds, les mêmes poussées généralisées de pustulettes éphémères, les mêmes

localisations du côté de la langue ; seule, l'asphyxie locale signalée dans notre premier fait manque dans ce nouveau cas.

Ainsi que l'ont fait remarquer, à juste titre, M. Frèche, dans sa communication du mois d'avril, et M. Audry dont on a lu, dans notre Bulletin, un important travail d'ensemble sur ces acrodermatites continues, le fait publié récemment par Stowers sous l'étiquette défectueuse de *dermatitis repens* se rapproche beaucoup de ces observations : ce sont les mêmes localisations, le même début par une suppuration digitale, la même extension lente et progressive aux autres doigts, les mêmes renflements en massue de leurs extrémités, les mêmes déviations, les mêmes dystrophies unguéales ; il faut y ajouter une poussée généralisée qui a été simplement érythémateuse, au lieu d'être pustuleuse comme dans nos faits. Il y a là un type clinique nettement différencié ; il se distingue notamment, comme l'ont bien vu les auteurs que nous venons de citer, de la dermatose décrite par Radcliffe Crocker sous le nom de *dermatitis repens*. Il s'agit en effet, dans cette dernière, d'une éruption vésiculeuse et bulleuse, qui, après avoir débuté par les extrémités digitales, s'étend progressivement par un rebord serpigineux et envahit ainsi successivement le membre supérieur et parfois aussi l'épaule correspondante ; ces particularités suffisent à distinguer le type clinique décrit par notre éminent collègue de Londres de celui que représente notre malade.

Quelles peuvent être la cause prochaine et le mode de production de ces acrodermatites suppuratives ?

D'accord avec notre regretté collègue Vidal, M. Frèche les considère comme des trophonévroses. Nous cherchons en vain sur quelles données on peut appuyer cette interprétation.

Le malade que nous présentons a eu à plusieurs reprises des sensations douloureuses partant de la nuque et de la région cervico-dorsale pour s'étendre dans les membres supérieurs ; elles survenaient la nuit pour cesser pendant le travail ; elles s'expliquent suffisamment par sa profession fatigante de tailleur de haies de chemin de fer, exigeant de longues heures passées en efforts musculaires dans une attitude pénible.

Notre premier sujet avait de l'asphyxie locale ; elle fait défaut chez celui-ci.

Les attitudes anormales des mains s'expliquent par les altérations si considérables des téguments ; elles leur ont été consécutives ; dans la figure de Stowers, elles sont limitées aux doigts malades.

Il n'y a pas de douleur sur le trajet des nerfs ; il n'y a actuellement d'autres troubles de la sensibilité que les sensations de cuisson liées aux lésions phlegmasiques.

La localisation des altérations initiales aux quatre extrémités indi-

que-t-elle qu'il s'agit d'une trophonévrose ? non sans doute, car s'il en était ainsi, il faudrait considérer également comme trophonévrotiques les manifestations unguéales ou palmaires de la syphilis, du psoriasis et de l'eczéma.

Nous pensons donc que c'est à tort que M. Frèche a intitulé son travail *éruption trophonévrotique*.

Nous continuons à penser qu'il s'agit là d'une invasion de microbes introduits par un traumatisme sous l'épiderme dans une région où cette membrane présente une épaisseur exceptionnelle et leur forme ainsi un revêtement protecteur qui en assure la multiplication et la reproduction pour ainsi dire indéfinies ; les poussées ultérieures dans les autres parties de la surface cutanée doivent être considérées comme secondaires.

Les examens bactériologiques pratiqués chez notre premier malade par M. Darier, chez le second par M. Jeanselme et chez celui-ci par M. Laffitte, ont dénoté la présence, chez deux d'entre eux, du staphylocoque blanc, et, chez l'autre, du staphylocoque doré.

Le rôle étiologique du traumatisme a été invoqué par nos deux premiers malades. L'un était gantier, et sa dermatose a débuté au niveau d'une partie de la paume de la main gauche exposée à des frottements constants pendant son travail ; l'autre a vu la suppuration initiale autour d'un ongle survenir à la suite d'un violent coup de marteau ; enfin ce dernier était incessamment exposé par sa profession à des piqûres d'épines ; il ne saurait dire combien il en a retiré de ses doigts : il n'y prêtait pas attention. N'est-il pas très probable que ces traumatismes ont servi de portes d'entrée ?

Nous ne nions pas que les troubles de l'innervation ne jouent un rôle dans la production de ces phénomènes morbides, mais nous les considérons comme secondaires : selon toute vraisemblance, en effet, ils doivent contribuer à transformer l'extrémité envahie la seconde en terrain de culture favorable au développement des microbes pathogènes.

Nous rappellerons, à cet égard, deux faits que nous avons publiés antérieurement.

Dans l'un (1), une gangrène avait été provoquée à la face interne du genou droit par l'application trop prolongée du pôle négatif d'un appareil à courants continus : or, environ 15 jours après, une *altération identique se produisait, sans aucune espèce de provocation, dans la région symétrique de l'autre membre* : il s'était, en toute évidence, produit là une action réflexe trophonévrotique qui avait troublé profondément la vascularisation et la nutrition de cette région

(1) HALLOPEAU. Sur un cas de gangrène secondaire. *C. R. de la Soc. de bio.*, 1880, p. 270.

et en avait fait un terrain de culture favorable aux agents infectieux qui interviennent dans la production de la gangrène.

Dans notre autre cas (1), un homme s'applique sur le côté droit de la poitrine un vésicatoire qui, laissé trop longtemps en place, détermine une intense phlegmasie cutanée intéressant plus particulièrement le mamelon : or, quinze jours après environ, il se développe, au pourtour du mamelon opposé, une série de petits abcès localisés dans les glandes pilo-sébacées : ici encore, il s'est produit une action réflexe qui a fait du tégument un milieu favorable au développement de microbes pathogènes transportés par contact.

On peut s'expliquer suivant un même mode l'envahissement successif des quatre extrémités chez les sujets atteints de l'acrodermatite pustuleuse continue, et, en fait, leur histoire montre que ce n'est pas simultanément, mais progressivement, les unes après les autres, que les extrémités digitales sont successivement intéressées.

Pour ce qui est des poussées disséminées sur la surface du corps, elles paraissent bien être subordonnées aux suppurations des mains et des pieds : dans nos deux faits, elles sont survenues secondairement ; chez le malade de Stowers, cette poussée secondaire ne s'est produite qu'à la période ultime de la maladie, et elle a été purement érythémateuse ; elle s'est donc nettement différenciée des acrodermatites concomitantes.

Nous avons indiqué que l'on y retrouvait les mêmes microbes que dans les extrémités : sont-ils transportés par le milieu extérieur ou par la circulation ? Nous avons incliné, dans notre premier travail, vers cette dernière interprétation en nous fondant surtout sur la symétrie de ces localisations secondaires et leur généralisation ; nous sommes moins affirmatif aujourd'hui, car on ne comprendrait pas, dans cette hypothèse, l'absence des signes d'une infection staphylococcique généralisée.

En résumé, on peut concevoir que les choses se passent de la manière suivante : *pénétration, par un traumatisme, de microbes pathogènes sous l'épiderme d'une extrémité digitale ou d'une autre partie de la main, prolifération de ces microbes, réactions locales sous forme d'érythèmes et de pustules et de traînées purulentes polymorphes, défaut d'évacuation, en raison de l'épaisseur que présente l'épiderme dans ces régions, des produits de suppuration et des microbes, extension progressive des altérations dans toute la région où l'épiderme présente ces mêmes caractères, déformation en massue des dernières phalanges, déviations des doigts malades comparables à celles du rhumatisme noueux, troubles*

(1) HALLOPEAU et NEUMANN. Contribution à l'étude des inflammations réflexes. *C. R. de la Soc. de biologie* 1878, p. 309.

trophonévrotiques réflexes dans l'extrémité correspondante qui devient un terrain de culture favorable à l'invasion et à la multiplication des mêmes microbes pathogènes, extension progressive des altérations à cette extrémité correspondante, transport des mêmes microbes pathogènes aux autres extrémités, envahissement de ces dernières suivant un même mode, résistance des altérations à tous les traitements en raison de l'impossibilité d'atteindre l'agent infectieux sous cette épaisse couche épidermique, poussées secondaires du côté des autres parties du corps et de la muqueuse buccale, défaut d'infection généralisée ; la dénomination d'acrodermatites suppuratives continues sous laquelle nous avons désigné cette maladie a l'avantage d'en indiquer les caractères essentiels sans impliquer aucune hypothèse : ce type nouveau est nettement caractérisé par nos trois observations et celle de M. Stowers.

M. FOURNIER. — Mais pourquoi appeler acrodermatite une affection qui est simplement prédominante aux extrémités ? Il faudrait alors admettre des acrodermatites syphilitiques.

M. HALLOPEAU. — J'ai déjà observé antérieurement trois faits semblables ; comme dans celui-ci, les lésions ont commencé par un doigt, pour atteindre ensuite successivement les autres et ne s'accompagner qu'ultérieurement de poussées plus ou moins généralisées ; primitivement, l'affection est donc une acrodermatite.

Érythrodermie chronique en réseau avec ichtyose.

Par M. DANLOS.

M^{me} X., 55 ans, de tempérament nerveux, atteinte dès l'enfance d'une ichtyose étendue mais d'intensité moyenne, a vu se développer, il y a sept ou huit ans, à la suite de violents chagrins, une érythrodermie d'apparence toute particulière. La rougeur, depuis longtemps stationnaire, s'est accentuée graduellement et affecte aujourd'hui la disposition suivante. Le visage, le haut du cou, les mains, les pieds, en un mot toutes les parties souvent découvertes sont presque absolument respectées. La rougeur commence aux membres inférieurs, vers la partie moyenne de la jambe ; aux bras, un peu au-dessous du coude. A peine perceptible, presque indistincte aux limites, elle prend vers la racine des membres une intensité plus grande et présente son maximum sur le tronc qu'elle occupe uniformément dans toute son étendue. Elle est constituée à ce niveau par des lignes rouges anastomosées entre elles, de manière à figurer un

réseau. Sauf l'irrégularité des mailles, on dirait un filet rouge dessiné sur la peau. Les lignes rouges présentent en moyenne de un à trois millimètres d'épaisseur et sont surmontées de nombreuses petites papules rouges. Dans les mailles du réseau la peau blanche ne présente pas d'autre altération que l'exfoliation ichtyosique. Ces flots blancs ont en moyenne un centimètre au plus de surface.

L'altération de la peau est absolument indolente; pas de prurit, pas de troubles de la sensibilité, pas de dermatographisme. La malade dit que, de temps en temps, sous l'influence du froid, la rougeur disparaît.

Nous n'avons jamais pu constater ce fait, et des applications réfrigérantes (glace, chlorure d'éthyle) n'ont pu déterminer même momentanément la disparition du réseau. Sous la pression du doigt la rougeur ne s'efface pas complètement; en irritant mécaniquement la peau (rayure, pression) l'intensité de la couleur diminue pour quelques instants (tonicité vaso-motrice).

Entrée à l'hôpital pour des accidents pulmonaires (soupçon de tuberculose, résistance au doigt, toux, hémoptysies anciennes) sans signes physiques bien positifs, la malade regarde sa dermatose avec une complète indifférence. Elle accuse pour tout phénomène morbide une sensibilité au froid tellement grande que depuis plusieurs années elle passe l'hiver sans sortir. Quand elle reste découverte ou exposée au froid, elle ressent, dit-elle, une crispation douloureuse de la peau et des picotements comme dans l'onglée. L'excessive chaleur déterminerait les mêmes picotements. Sur les extrémités, pieds, mains, indemnes de rougeur, aucun phénomène de syncope ou d'asphyxie locale. Cet état de la peau existerait sans modification depuis cinq à six ans.

Mélanodermie parasitaire avec plaques pigmentées sur la muqueuse buccale.

Par M. DANLOS.

Il s'agit d'un homme de 60 ans, misérable, et atteint depuis longtemps de prurit pédiculaire. La mélanodermie est générale avec prédominance aux lieux habituels d'élection dans la phthiriasse : nuque, région interscapulaire, régions axillaires, ceinture, etc. En outre, on remarque sur la muqueuse buccale de nombreuses taches pigmentées à limites confuses, présentant en général la dimension d'une lentille. Elles occupent exclusivement la face interne des joues et le bord gauche de la langue. Pour expliquer cette pigmentation buccale on ne trouve d'autre cause que la phthiriasse elle-même.

Bien que misérable, le malade n'a nullement l'apparence d'un addisonien. Il n'accuse pas de diminution des forces, de douleurs lombaires et

de troubles digestifs. Aucune intoxication médicamenteuse, pas d'impaludisme. Le foie est gros, surtout le lobe droit; mais l'intégrité des fonctions digestives et le palper ne permettent pas de croire à un cancer et l'absence de sucre dans les urines exclut l'idée de diabète bronzé. L'examen du thorax montre de la bronchite emphysémateuse sans indice physique ou rationnel de tuberculose. La seule tare organique, outre la bronchite, est l'artériosclérose caractérisée par l'état du cœur (volume, bruit de galop), la tension artérielle, la néphrite interstitielle (polyurie, albuminurie).

Traitement du chancre mou par les courants d'air chaud.

Par M. HARALAMB, de Bucharest.

(Note lue par M. Verchère.)

Je suis en train d'expérimenter dans mon service de vénériens de l'hôpital Colentina (où sont également internées les prostituées malades de Bucharest) un nouveau traitement du chancre simple.

Me basant sur les expériences d'Aubert, qui a reconnu expérimentalement que le chauffage poussé à 42° pendant une heure éteint complètement la virulence du chancre mou, j'ai eu l'idée d'un mode de traitement auquel, je crois, personne n'a pensé jusqu'à présent, du moins d'après mes recherches.

On a employé différentes méthodes pour utiliser le mode de traitement par la chaleur (Martineau, Welander, etc.); mais en général ces moyens étaient compliqués et peu pratiques.

En lisant dans la *Presse médicale* du 30 octobre dernier, un article de M. Holländer, de Berlin, intitulé : « Traitement du lupus vulgaire par les courants d'air chaud », j'ai pensé qu'on pourrait peut-être appliquer ce traitement à la transformation des chancres simples en plaies non virulentes et, par suite, facilement guérissables.

Pour cela j'ai fait fabriquer à Bucharest, par M. Bröhm, un instrument avec lequel je puis projeter et localiser sur la lésion un courant d'air chaud grâce à une soufflerie et à un réservoir sous lequel brûle une lampe à alcool; le courant d'air chaud sort par une petite tige à une température qu'on peut varier entre 50 et 70° selon les mouvements plus ou moins lents qu'on imprime à la soufflerie, par conséquent température plus que suffisante pour détruire la virulence du chancre simple; autre avantage, c'est que ce courant d'air chauffe certainement et propage ses effets aux tissus sous-jacents à une

profondeur suffisante pour agir sur le bacille de Ducrey, chose qu'on ne pouvait obtenir ni par la vapeur d'eau, ni par les courants d'eau chaude.

Toujours est-il que les quelques cas que j'ai expérimentés jusqu'à présent me font espérer une réussite parfaite comme rapidité de guérison, innocuité, les tissus supportant plus facilement une haute température par l'air chaud que par l'eau chaude. Mais jusqu'à présent, et par le manque de temps, mes cas sont trop peu nombreux pour en faire un travail complet ; j'attendrai donc encore quelque temps pour en faire une communication complète accompagnée de photographies de l'appareil, préparations microscopiques, inoculations démontrant la disparition complète de la virulence chancreuse, etc.

Tout ce que j'ai voulu, c'est communiquer mon idée à la Société de dermatologie et de syphiligraphie à seule fin de prendre date.

M. BARTHÉLEMY. — Je ne connais pas les détails de l'application de l'air chaud dans le procédé que vient de nous exposer notre collègue M. Verchère. Mais je dois dire que la chaleur a été employée depuis longtemps pour transformer une plaie chancreuse en une plaie saine, qui ne soit plus infectée. Des médecins militaires ont traité en Algérie avec la lampe et le soleil des chancres simples. M. Aubert a insisté sur la valeur de la chaleur en pareil cas, même à une température élevée, de 48 à 70° par exemple. Mais ce que je tiens à dire, c'est que depuis trois années, M. le Dr Félizet obtient non seulement par le flambage à 1800°, mais surtout par l'air chaud qu'il peut projeter à tous les degrés voulus, les transformations les plus efficaces des plaies virulentes en plaies simples.

M. VERCHÈRE. — Les expériences d'Aubert ont été faites à une température de 42°.

Quant au flambage des plaies de M. Félizet, c'est un mode de traitement des tumeurs blanches. La température peut être portée à 1800°. Il y a une différence considérable entre la méthode de Félizet et la méthode d'Hara-lamb. La première utilise une flamme et la deuxième l'air chaud.

Balano-posthite chronique leucoplasique.

Par MM. L. PERRIN (de Marseille) et LEREDDE.

La fréquence des leucoplasies et des épithéliomas leucoplasiques des régions bucco-linguale, vulvo-vaginale, et même de l'appareil urinaire (Hallé) est aujourd'hui parfaitement démontrée. Peuvent-ils

siéger sur la muqueuse balano-préputiale, comme ils se développent sur les grandes et les petites lèvres, le capuchon clitoridien, le vestibule et le vagin ?

La structure du prépuce à sa face interne, et du gland, est la même que celle des téguments des organes génitaux externes de la femme. La peau, après réflexion sur le bord libre du prépuce, s'amincit, devient humide, lisse, de couleur rosée, prend l'aspect d'une muqueuse ; elle ne contient plus ni glandes sébacées, ni poils ; ses papilles sont très développées. Sur le gland comme sur la face interne du prépuce, l'épithélium est pavimenteux : les cellules même les plus superficielles sont toutes pourvues d'un noyau.

On retrouve chez la femme la même disposition au niveau des grandes et des petites lèvres, du capuchon du clitoris, du vestibule et de l'hymen.

Cliniquement, comme observation de leucoplasie balano-préputiale nous ne connaissons pas d'autre fait que celui que l'un de nous (1) a publié, avec les plus extrêmes réserves, sous le nom de *posthite chronique d'aspect leucoplasique*. Il s'agissait d'un homme de 49 ans avec des antécédents neuro-arthritiques manifestes, indemne de syphilis, de diabète, etc., qui avait depuis trois ans des plaques blanches recouvrant la face interne du prépuce. Quand le gland était complètement mis à nu, le fourreau de la verge attiré vers le pubis et maintenu dans cette position, la lésion formait un anneau dur, d'apparence fibreuse, déprimé, ayant environ deux centimètres de hauteur. Cet anneau entourait la verge complètement à une distance de deux travers de doigt en arrière de la couronne du gland. La coloration de cette bande rigide avait absolument l'apparence leucoplasique ; on trouvait, sur la face supérieure du pénis, des plaques blanches, continues, épaisses, dures et rugueuses au toucher, et d'autres à la partie inférieure plus minces, lisses, unies ; le frein, blanc laiteux et un peu induré. A la palpation, on sentait sous le doigt une surface parcheminée, résistante, sèche, présentant une induration manifeste de trois à quatre millimètres sur certains points de la face dorsale. Il existait de plus de nombreux sillons, très fins, à direction longitudinale partant de l'orifice préputial ; des fissures se produisaient fréquemment, elles étaient douloureuses mais leur cicatrisation rapide. Rien au gland ni à la rainure balano-préputiale.

Devant le refus et la pusillanimité du malade de se soumettre, soit à la circoncision, soit à l'excision d'un lambeau en forme de V sur la face dorsale du prépuce, aucun examen histologique n'avait pu être

(1) L. PERRIN. *Annales de dermat. et de syphilig.*, 3^e série, t. III, n^o I, p. 22, 1892.

fait ; l'observation manquait donc de toute sanction anatomo-pathologique.

Le fait suivant ne laisse rien à désirer à cet égard : cliniquement il est à rapprocher de la première observation ; au point de vue histologique, il se rapporte évidemment à un processus inflammatoire interne avec hyperkératose du derme et de l'épiderme, comme on l'observe dans la leucoplasie au début, avant la dégénérescence épithéliomateuse.

Voici cette observation :

X..., âgé de 64 ans, nous est adressé au mois de mai 1895 par notre confrère le Dr Eyriès. Rien à relever dans les antécédents héréditaires ou personnels : pas de syphilis, de tuberculose, de diabète, de cancer. M. X... est un homme robuste, très actif, à la tête d'une exploitation agricole qu'il dirige dans les environs de Marseille depuis plusieurs années. Marié, il est père d'une seule fille âgée de 25 ans ; elle est bien portante ; lui-même n'a jamais fait aucune maladie sérieuse ; il n'a aucun passé génital pathologique ; aucune maladie vénérienne, pas même d'herpès ; les urines, examinées à plusieurs reprises, n'ont jamais présenté de sucre ni d'albumine. Il ne se plaint que d'éprouver depuis quatre à cinq ans du prurit au niveau du gland et du prépuce, lui procurant pendant la nuit des érections fréquentes, assez douloureuses et suivies souvent de fissures au pourtour du limbe.

Le prépuce est long, mais l'ouverture assez large pour que le malade ait toujours pu décalotter ; les téguments à leur partie extérieure sur tout le fourreau de la verge sont sains ; pas de lymphangite, de nodosités, pas d'adénites dans les régions inguinales ; le pourtour du limbe présente seulement quelques fissures superficielles.

Le gland étant découvert, principalement au niveau de la face interne du prépuce et en moins grand nombre sur la couronne du gland et au niveau de la rainure, on voit des plaques blanches plus ou moins étendues, les unes lisses et minces, les autres légèrement rugueuses et plus épaisses ; elles ne forment pas des surfaces continues, mais sont séparées par des intervalles où la muqueuse apparaît d'un rouge vif ; leur saillie dépend de leur épaisseur, mais d'une manière générale, elles sont peu saillantes à l'œil nu ; en passant le doigt à leur surface il y a un léger ressaut et l'on sent très facilement les rugosités, les irrégularités de certaines de ces plaques. Celles qui sont lisses et unies sont parcourues par des sillons très superficiels en divers sens. La coloration des plaques rappelle absolument celle que l'on observe sur les plaques leucoplasiques bucco-linguales et vulvaires : les unes sont d'un blanc laiteux, d'autres d'un blanc grisâtre, comme ardoisé. La consistance des parties malades est dure, parcheminée, sclérosée ; on peut constater cette dureté en pinçant le prépuce par sa face externe ; une fois appliqué sur le gland, il y a une certaine rigidité par places. Ces plaques, en effet, ne siègent pas d'une manière continue sur toute l'étendue de la surface balano-préputiale : le gland n'en pré-

sente que quelques-unes de petites dimensions dans le voisinage de la couronne et dans la rainure ; elles sont, en ces points, disséminées sans ordre et très superficielles, ressemblant en quelque sorte à des syphilides érosives cautérisées avec le nitrate d'argent. Sur la face interne du prépuce, elles sont plus nombreuses et plus ou moins étendues ; au niveau du frein elles forment une sorte de gaine blanchâtre, adhérente ; aussi celui-ci est-il épaissi et induré. Il n'y a pas de desquamation, aucun suintement, le malade ne se plaint que de prurit.

Comme autre lésion on trouve dans la rainure interfessière les téguments épaissis, lichénifiés, rouges et recouverts de croûtelles, il existe une fissure s'étendant dans toute l'étendue du pli. Toute cette région est le siège de démangeaisons vives.

Après une nouvelle analyse d'urine qui montre qu'il n'y a pas de glycosurie, le malade est opéré le 25 mai 1895 ; ablation de tout le prépuce, sutures et réunion immédiate ; guérison au bout de quatre à cinq jours. Les plaques blanches siégeant sur le gland et la rainure sont détruites par la cautérisation avec le thermo-cautère. Nous avons revu le malade deux ans après, il n'y avait aucune trace de récurrence, le gland était resté sensible pendant quelque temps, mais peu à peu cette sensibilité avait disparu.

L'examen histologique suivant, de même que l'aspect des lésions et la longue durée de la maladie permettent d'éliminer les diverses balanites : les balanites irritatives diffuses qui sont aiguës, naissent et disparaissent sur place, s'accompagnant de suppuration, etc. Il en est de même de la balano-posthite érosive circonscrite qui débute d'emblée par des érosions à forme circulaire, à bourrelet blanc friable, à tendance extensive, centrifuge, continue en conservant la forme circulaire, etc. Quant à la balanite diabétique, elle se produit chez des malades ayant bien l'âge de celui que nous avons observé, mais c'est une inflammation plus violente, s'accompagnant de phimosis ; le prépuce est rouge, tuméfié, la sécrétion fétide et gluante ; les irritations répétées finissent par déterminer l'épaississement et la transformation fibreuse des parties malades ; enfin, signe capital, l'urine du malade contient du sucre.

Il est inutile d'insister sur le diagnostic différentiel avec l'eczéma séborrhéique, la syphilide psoriasiforme, le psoriasis. Restent le lichen plan, la sclérodermie, la leucoplasie.

Le lichen plan s'observe assez souvent sur la muqueuse buccale, sur la face interne des joues ; sur la prépuce et le gland il a été observé dans les cas un peu étendus de cette affection. Son aspect est alors le même que sur la peau ; les squames qui recouvrent les papules sont adhérentes et au-dessous d'elles se voient des stries blanchâtres plus ou moins irrégulières reposant sur un fond rouge ; on retrouve presque toujours dans leur voisinage des papules isolées. Rien de semblable chez le malade qui fait l'objet de ce travail.

Dans la sclérodermie en plaques, l'aspect est caractéristique : tache d'un blanc nacré au centre, tandis que la partie périphérique ou zone d'extension conserve sa teinte lilas ; d'ailleurs la peau est dans toute son épaisseur infiltrée, lardacée et indurée. Chez notre malade on sentait bien à travers la peau des surfaces plus dures, mais la plaque blanche siégeait sur la face interne du prépuce et était constituée par l'épaississement scléreux de la muqueuse. C'était donc un état leucoplasique ; l'examen histologique suivant indique des lésions du derme et de l'épiderme qui correspondent à une leucoplasie au début avant la dégénérescence épithéliomateuse.

La plus évidente des lésions épidermiques est l'épaississement extrême de la couche cornée. Elle est formée de lamelles tassées dont on reconnaît facilement la nature cellulaire ; quelques-unes offrent un petit noyau long et aplati, beaucoup offrent des granulations colorables par l'hématéine (kératohyaline).

La couche granuleuse comprend en quelques points jusqu'à six ou sept rangées de cellules, bourrées de grains de kératohyaline. En général elle n'est formée que de trois ou quatre couches cellulaires, il semble que son épaississement soit plus marqué dans les points où la couche cornée est également le plus épaissie.

Le corps de Malpighi ne présente pas d'altérations apparentes à un faible grossissement. Il n'existe pas de diapédèse intercellulaire ; les cellules sont larges, les fentes intercellulaires dilatées (œdème du corps muqueux). Les cellules basales contiennent parfois une grande quantité de pigment, mais il existe alors dans le derme au même niveau des cellules pigmentaires nombreuses, les noyaux des cellules situées au-dessus de la couche granuleuse se colorent généralement mal.

Il faut encore signaler dans les couches profondes du corps muqueux, des formations cavitaires arrondies qu'on pourrait prendre au premier abord pour des vésicules. Mais elles contiennent du tissu conjonctif et quelques cellules migratrices ou fixes ; il paraît certain qu'elles sont dues à une évolution irrégulière des papilles qui ont végété ; parallèlement on trouve en quelques points des cônes épidermiques s'allongeant obliquement dans le derme. En somme, il existe un état papillomateux, fruste, à peine marqué.

Les altérations dermiques sont excessives.

Toute la région supérieure du derme est œdématisée, au point que toutes les fibres conjonctives sont dissociées, formant de minces filaments perpendiculaires au plan épidermique dans leur ensemble. Déjà, à un faible grossissement, on voit que tous les vaisseaux sanguins sont altérés. Il sont formés d'une couche hyaline épaisse, revêtue par l'endothélium multiplié, sans diapédèse périvasculaire.

Sous l'épiderme on trouve en deux points des cavités larges, revêtues d'un endothélium et contenant des globules blancs. Sans doute il s'agit de varices lymphatiques, mais on ne peut l'affirmer ; la pièce ayant été fixée par

l'alcool, le sang a disparu et on ne peut prouver qu'il ne s'agit pas de cavités veineuses.

Dans la profondeur du derme on trouve une infiltration cellulaire diffuse et trois ou quatre gros foyers cellulaires formés autour de vaisseaux.

Ces foyers sont constitués par des plasmazellen, les unes adultes, les autres jeunes, ne présentant que peu de protoplasma. Quelques-unes ont deux noyaux. Dans les vaisseaux, on voit des leucocytes polynucléaires ; en dehors quelques-uns se mêlent aux plasmazellen ; enfin on en trouve ainsi que des plasmazellen à distance des foyers inflammatoires constituant l'infiltration diffuse qui a été signalée. A un fort grossissement, on trouve un très petit foyer formé d'une quantité considérable de leucocytes polynucléaires tassés les uns sur les autres.

Il est regrettable au point de vue histologique que les lésions n'aient pas été étudiées à un stade plus avancé, car les altérations épidermiques ne permettent pas d'affirmer le début d'un épithélioma. L'examen microscopique révèle surtout des lésions d'inflammation chronique du derme (œdème, infiltration de polynucléaires et de plasmazellen). Mais ces lésions entraînent une réaction épidermique, du même ordre que celle qu'on observe dans les leucoplasies peu avancées, et il est fort possible que la dégénérescence épithéliomateuse en devienne la conséquence. Notre observation a surtout une valeur d'attente, elle prendra plus d'importance le jour où on aurait observé sur des pièces semblables les lésions qui se produisent à un stade plus avancé.

Trois cas de syphilis héréditaire tardive.

Par M. ALFRED FOURNIER.

OBS. I. — *Syphilis héréditaire tardive. — Gommès multiples des jambes. — Stigmates divers d'hérédité : infantilisme ; dents en tournevis, etc.* (Observation recueillie par M. Milian, interne des hôpitaux.)

L. M..., âgée de 10 ans.

Antécédents héréditaires. — Le père de cette petite fille est mort à l'âge de 30 ans, « de tumeurs intra-crâniennes » ayant provoqué des attaques d'épilepsie et des paralysies.

Mère. — La mère est bien portante et n'a jamais eu de maladies. — Mais, il y a quatorze ans, première *fausse couche* au septième mois de la gros-

sesse ; un an après, deuxième *fausse couche* au même mois. L'enfant actuelle est née 4 ans après la première *fausse couche*.

On peut résumer ces faits de la façon suivante :

1883, *fausse couche* au septième mois ;

1884, — — *idem* ;

1887, naissance de la petite fille, notre malade.

Cependant il est impossible de retrouver dans l'anamnèse aucun antécédent spécifique. Et la mère ne présente sur le corps aucune cicatrice tégumentaire ou muqueuse. Elle est forte et saine d'apparence.

Elle paraît donc avoir été victime d'une syphilis conceptionnelle, pour laquelle elle aurait bénéficié de la loi de Colles.

L'enfant elle-même a été soignée il y a quatre ans, à l'hôpital Trousseau, pour une coxalgie. — Et, il y a un an, le docteur X..., à l'hôpital Bichat, la considéra comme scrofuleuse : il conseilla promptement, nous dit-on, « de la bonne nourriture et des bains salés ».

Les lésions pour lesquelles elle est venue à l'hôpital se sont développées il y a un an environ ; elles ont été qualifiées de « lésions tuberculeuses » par un médecin de ville et traitées comme telles. En présence du peu de résultats obtenus, ce médecin envoya l'enfant à un chirurgien, le docteur Richelot, qui adressa la malade à M. Fournier.

État actuel. — Cette petite fille est *petite et grêle* ; son *teint* est *grisâtre* (et non coloré, comme celui d'une scrofuleuse).

Le *crâne*, qui est petit, présente des *bosses pariétales* très prononcées. — Le front est bas et ventru. Le nez légèrement enfoncé à sa base.

Oreilles intactes. — Rien du côté des yeux.

Mais les *malformations dentaires* sont caractéristiques. Les deux incisives médianes, à part l'obliquité convergente, présentent tous les caractères de la *dent d'Hutchinson en tournevis, avec érosion médiane du bord libre*. — Incisives inférieures légèrement érodées. — Canines petites.

Le thorax et les membres supérieurs sont normaux, à part une certaine gracilité de formes.

Mais les *tibias* sont particulièrement remarquables. Le tibia *droit* présente, à la rencontre du tiers inférieur et du tiers moyen, une périostose gommeuse du volume d'un petit œuf de poule.

Il s'agit bien d'une *gomme* et non d'une exostose (car nous venons de constater avec M. Brault l'intégrité du squelette aux rayons X).

Le tibia *gauche* est légèrement incurvé, à concavité antérieure. La *tubérosité interne* est *hypertrophiée*. A la partie inféro-externe de la jambe *gauche*, on constate des *gommages* caractéristiques ; ulcérations de l'étendue d'une pièce d'un franc en moyenne, multiples, circulaires, à bords taillés à pic, à fond bourbillonneux, reposant sur un placard d'infiltration gommeuse diffuse développé dans le tissu cellulaire sous-cutané, mais n'ayant rien à voir avec le périoste et l'os (rayons X).

L'enfant est *intelligente* ; elle répond bien aux questions qu'on lui pose et compte parfaitement. Mais elle a *marché très tard* (à 18 ou 20 mois). Elle n'a pas d'autres antécédents suspects remontant à son enfance.

OBS. II. — *Syphilis héréditaire tardive. — Épilepsie. — Infantilisme; strabisme; stigmates divers d'hérédosyphilis.* (Observation recueillie par M. Marcel Chapon.)

B..., âgé de 18 ans, colporteur.

Antécédents héréditaires. — Le malade nous dit que sa mère est morte d'un cancer de l'estomac et que son père est mort de la poitrine; son père, ajoute-t-il, était très sujet aux laryngites et avait la voix cassée, chevrotante.

Antécédents collatéraux et personnels. — Un frère et trois sœurs morts de convulsions, tous avant l'âge de deux ans. — Lui-même a eu des convulsions dans son jeune âge; mais il n'a jamais eu d'éruptions et n'a pas souffert des oreilles. Simplement sujet aux bronchites. — A 8 ans, il a eu la rougeole. — Depuis le même âge il a des attaques d'épilepsie, tous les cinq ou six mois environ; il se mord la langue, écume, perd connaissance, et tombe à l'endroit où il se trouve. Il a été soigné pour ces attaques, et a pris longtemps du bromure de potassium. — Depuis 7 ou 8 mois il crache un peu de sang et tousse fréquemment. On constate, en effet, que la respiration est obscure et saccadée au sommet gauche, infantile au sommet droit. A l'auscultation du cœur on ne découvre aucun souffle valvulaire, mais on remarque une très légère arythmie.

Cependant le malade a bon appétit, digère bien, et il dit qu'actuellement, s'il n'était pas sujet aux sueurs nocturnes et aux rhumes, il pourrait reprendre son métier; toutefois, la moindre marche le fatigue.

État actuel. — Actuellement, ce malade, âgé de 18 ans, se présente sous l'aspect d'un enfant de 13 ans; il n'a que 1^m,52 de taille; il est maigre; les reliefs musculaires ne sont point marqués; le périmètre thoracique est bien au-dessous de la moyenne; les membres supérieurs ou inférieurs sont frêles; le système pileux génital n'existe pas; absence totale des poils aux aisselles; absence totale de barbe. — Les testicules sont peu développés et bien au-dessous de la moyenne; le gauche surtout à peine de la grosseur d'une fève; ils sont mous, flasques, sans consistance, et presque insensibles à la pression. — La voix est enfantine, d'un timbre très élevé. L'intelligence est vive, il répond très nettement et avec beaucoup de vivacité aux questions qui lui sont posées. Il n'a guère été à l'école, et cependant il lit très couramment, écrit et compte bien.

Examen de l'état local.

Ce qui frappe tout d'abord, en examinant la tête de ce malade, ce sont deux plaques d'alopécie sur les parties fronto-occipitales du cuir chevelu; elles ont la largeur d'une pièce de cinq francs et sont symétriques par rapport au plan médian; elles simulent absolument des plaques de pelade; mais il nous dit les avoir toujours eues; on lui a raconté, ajoute-t-il, qu'elles sont dues « à l'accouchement aux fers ». — Il existe également une déformation très intéressante du crâne. Le crâne semble, en effet, comme contourné sur lui-même; son axe antéro-postérieur est légèrement dévié de droite à gauche; son sommet est porté tout à fait en arrière, et le plan

postérieur formé par l'occipital est parallèle au plan antérieur formé par le frontal. On y remarque deux bosses temporales très saillantes, surtout la droite. — Nous ne constatons aucune déformation thoracique ; toutefois disons en passant que le thorax est peu bombé et que le torse est extrêmement grêle ; le squelette des membres supérieurs et inférieurs est également frêle ; mais il a de justes proportions. — Aucune exostose à signaler. Les articulations sont normales ; elles sont toutes saines (1). Aucune douleur, aucune arthropathie à noter.

Nous en aurons fini avec l'examen squelettique et articulaire, quand nous aurons dit que les os de la face sont normaux. Aucune difformité dans les os propres du nez ; le nez est de proportions normales, non écrasé ; les mâchoires sont bien faites et se rejoignent bien dans les mouvements de la mâchoire inférieure ; la dentition est normale, régulière ; les dents sont régulièrement implantées dans les maxillaires ; elles ne présentent que le type normal, et c'est à peine si nous trouvons une légère érosion sur l'incisive gauche, érosion qui n'est du reste pas caractéristique. Aucune dystrophie dentaire à noter. Le plancher de la bouche est normal ; la langue a sa souplesse normale, elle n'est point découpée en flots par des sillons ; mais le palais est légèrement ogival ; le sommet de l'ogive ou clef de voûte n'étant que médiocrement surélevé. — Les lèvres sont saines et l'on ne remarque aucune cicatrice péribuccale. — De même notons l'absence de cicatrices fessières.

Quelques traces de cicatrices sur l'épaule gauche. On voit en effet à ce niveau quelques petites plaques cicatricielles blanchâtres séparées les unes des autres et ressemblant assez bien à des vergetures. A cet examen de la peau ajoutons que la sensibilité est normale ; mais il semble qu'il y ait quelques troubles de la vaso-dilatation, car, depuis que le malade est à l'hôpital, on remarque que la peau des mains et des pieds est marbrée, et souvent cette légère cyanose des extrémités persiste pendant longtemps.

L'examen de l'oreille a été fait par M. Hermet. Le pavillon est normal, mais légèrement porté en avant ; le conduit auditif externe normal, ainsi que les tympans ; aucune sclérose, aucune cicatrice à noter.

Quant à l'examen de l'œil, il est plus intéressant : « Les paupières sont tombantes, et l'on remarque une légère dépression de la cornée de l'œil droit, le malade ayant été opéré d'un strabisme de cet œil en 1891. — On remarque également une paralysie du droit externe et des secousses nystagmiformes dans les mouvements horizontaux. Suffusion des papilles des deux côtés ; trace de névrites optiques anciennes. Mais l'examen ophtalmoscopique ne démontre aucune modification pigmentaire » (D^r Antonelli).

(1) Cependant la hanche gauche est plus élevée que la droite, et le malade boite très légèrement en marchant.

OBS. III. — *Syphilis héréditaire tardive. — Syphilide tuberculeuse ; glossite scléreuse. — Infantilisme. — Stigmates dentaires, oculaires, auriculaires ; malformation du maxillaire supérieur, etc.* (Observation recueillie par M. Marcel Chapon.)

Antécédents héréditaires. — Le malade n'a plus son père ni sa mère qui sont morts de la poitrine ; son père était *alcoolique, sujet aux laryngites*, et avait fréquemment des *abcès* dans le pli de l'aîne.

Antécédents collatéraux et personnels. — Le malade a eu un frère qui est mort « de la poitrine » à 8 ans. Quant à lui, il n'a jamais été malade et, quoique d'une constitution faible, il avait, assure-t-il, une bonne santé. Il n'a jamais eu d'*éruption* dans son jeune âge, n'a jamais souffert des *yeux*, n'a jamais eu d'*écoulement d'oreilles*. Il ajoute n'avoir jamais eu de *convulsions*. Cependant, il y a 2 mois environ, en septembre 1897, il est rentré à l'hôpital ; c'était la première fois, dit-il, qu'il se sentait malade. Il présentait alors à la paume de la main droite une *lésion* qui s'était développée, dans l'espace de quelques jours, et qui a été considérée comme une « syphilide ».

On lui fit des injections dont il ne peut dire la nature, et, au bout de 3 à 4 semaines, il fut guéri.

État actuel. — 1° État général. — Au premier aspect il paraît *chétif* et surtout *infantile*. On lui donnerait 12 ans et il en accuse seize. Il est, en effet, de petite taille, maigre ; le *périmètre thoracique* est au-dessous de la moyenne ; les *bras sont grêles* ainsi que les membres inférieurs. Le malade ne tousse pas, n'est point sujet aux rhumes ; l'examen du poumon n'a, en effet, rien décelé. Le cœur est également normal ; aucun souffle valvulaire. Par contre, si les viscères thoraciques sont normaux, il n'en est pas de même des *testicules* qui sont mous, flasques, et peu sensibles à la pression, d'un volume plus petit que la moyenne. Le sens *généscique* cependant serait, paraît-il, normalement développé. *L'intelligence est faible*, très lente ; il sait lire et écrire, mais compte difficilement ; une multiplication très simple lui a été posée, et ce n'est qu'au prix d'un temps fort long qu'il a pu en venir à bout ; encore la solution en était-elle fausse.

2° État local. — L'examen local ne nous montre *aucune cicatrice* ; la région fessière est indemne. Les *muqueuses* ne présentent, elles aussi, aucune cicatrice ; le voile du palais et le larynx sont normaux. Mais, si nous examinons le *squelette*, nous trouvons une riche collection de phénomènes anormaux. Le *crâne* présente une malformation générale, peu prononcée, il est vrai. Un peu en arrière de la suture fronto-pariétale on remarque une forte élévation, comme une sorte de ligne rugueuse qui, partant d'une fosse temporale, va mourir sur l'autre ; elle est assez marquée pour qu'on puisse la voir soit de face, soit de profil. *Les os de la face* présentent une curieuse malformation qui porte sur les maxillaires. *Les mâchoires* ne peuvent, en effet, se fermer, et il existe sur la ligne médiane au moins un demi-centimètre d'intervalle entre l'une et l'autre, même lorsque le malade fait effort pour les rapprocher (signe de l'artichaut). Ce n'est pas tout : une forte *déformation thoracique* se présente sous forme de sternum en carène ;

la fourchette sternale est projetée en avant, et le corps du sternum fait une forte proéminence sur la ligne médiane. Les tibias présentent aussi une légère déformation ; ils sont incurvés en dehors.

Quant aux articulations, nous constatons qu'elles jouent normalement : aucune hydarthrose, aucune arthropathie, aucune douleur articulaire à noter.

Si maintenant nous examinons le système dentaire, nous voyons une dentition incomplète, surtout à la mâchoire supérieure. Les molaires supérieures font en partie défaut ; un sillon transverse se voit très aisément sur les dents antérieures de cette mâchoire ; mais nous ne trouvons pas la dent typique d'Hutchinson. Ce ne sont pas là les seules déformations que présente la bouche. Sa partie supérieure, en effet, est en ogive ; *le palais* est vraiment remarquable par cette forme en ogive surélevée, à sommet fuyant en haut et en arrière. — La langue, elle aussi, est typique ; c'est la langue d'un syphilitique à la 3^e période ; de profonds sillons la divisent en petits flots ; elle est épaisse, rugueuse, sclérosée ; les parties latérales présentent surtout ces particularités (*glossite scléreuse*). — Les lèvres sont très épaissies, notamment la lèvre inférieure. — Au-dessus de la lèvre supérieure, du côté droit, on voit une *petite syphilide* de la largeur d'une pièce de 50 centimes. Au-dessous de la commissure droite, une autre syphilide de la largeur d'une pièce d'un franc et d'une teinte rouge foncé. Au niveau de la fossette mentonnière, une 3^e syphilide, plus grande, plus marquée et à base indurée. Partout, dans cette région des lèvres, induration nette et facilement appréciable (*syphilide tuberculeuse* typique).

L'examen des oreilles a été fait par M. Hermet. — On trouve une large perforation du *tympan* à gauche, et à droite des cicatrices sur la membrane tympanique ; tout cela semble indiquer des traces d'écoulements antérieurs. — Le nez n'est pas déformé et ne paraît pas avoir été le siège d'aucune lésion.

Examen oculaire, pratiqué par M. ANTONELLI. — « Œil droit et gauche : légère hypermétropie sans astigmatisme. — Œil gauche : pupille offrant une large zone centrale grisâtre et un anneau périphérique plus blanc ; bord nasal très flou, avec flammèches de teinte ardoisée qui se voient également en haut. — Vaisseaux du fond de l'œil d'un calibre très réduit, surtout pour les artères qui sont presque filiformes. Tous les vaisseaux centraux sur le disque papillaire sont comme voilés légèrement, surtout la veine inféro-temporale. Petits dépôts noirs sur la capsule antérieure du cristallin, que l'on voit très bien en faisant regarder le malade en haut et du côté droit. — Stigmates pigmentaires diffus, sous la forme de pigmentations rétiniennees grenues et de pigmentations choroïdiennes tachetées.

Œil droit : une petite excroissance de pigment de la couche pigmentaire de l'iris se trouve au bord pupillaire (segment supérieur) ; elle est analogue aux flammèches signalées dans l'œil gauche. — Les altérations des vaisseaux sont tout à fait analogues à celles de l'œil gauche, mais encore plus marquées. — De même pour les altérations pigmen-

taires diffuses qui, surtout dans le secteur temporal périphérique du fond de l'œil, représentent par leur pigmentation grenue et par leur teinte plombée la forme rudimentaire de la chorio-rétinite pigmentaire. »

M. DARIER. — J'ai recueilli l'observation du deuxième malade, que j'ai soigné à Saint-Louis lorsque je remplaçais M. Besnier. Il présentait une syphilide palmaire, une lésion buccale analogue à une plaque muqueuse, une exostose médio-palatine et des exostoses médio-claviculaires. Les lésions ont guéri par le traitement mixte.

M. JACQUET. — Cependant l'exostose médio-palatine persiste. Je l'ai trouvée aussi chez la malade précédente. Je demanderai à M. Fournier ce qu'il pense de cette lésion, qui était considérée par Chassaignac comme caractéristique de l'hérédo-syphilis.

M. FOURNIER. — J'ai souvent rencontré cette exostose en dehors de la syphilis.

M. BESNIER. — J'appuie l'opinion de M. Fournier de mon observation personnelle.

M. BARTHÉLEMY. — J'ai observé l'exostose médio-palatine chez un malade qui cependant vient de contracter la syphilis.

M. MORY. — La dent d'Hutchinson, lorsqu'elle est caractéristique, permet de faire le diagnostic d'hérédo-syphilis à elle seule.

Je ne l'ai jamais rencontrée chez les Arabes, chez lesquels l'hérédo-syphilis est commune.

Le Secrétaire,

LEREDDE.

TABLE DES MATIÈRES

Acanthosis nigricans. — Acanthosis nigricans chez un sujet indemne de carcinomatose, par MM. JACQUET et DELOTTE.....	83
Voir : <i>Mélanodermie</i> .	
Acide cacodylique. — Voir : <i>Psoriasis</i> .	
Acné. — Acné hypertrophique, par M. CHAILLOUB.....	29
Acnitis. — Note complémentaire sur l'acnitis (diagnostic différentiel), par M. BARTHÉLEMY.....	46
Acrodermatite. — Sur les acrodermatites continues (polydactylites récidivantes), par M. HALLOPEAU.....	154
— Sur un quatrième fait d'acrodermatite suppurative continue, par M. HALLOPEAU.....	443
Voir : <i>Erythème</i> .	
Addison (Maladie d'). — Voir : <i>Mélanodermie</i> .	
Alopécie. — Note concernant les alopécies et les séborrhées, par M. SABOURAUD. Voir : <i>Calvitie</i> .	
— Discussion sur les alopécies et les séborrhées. Voir : <i>Séborrhée</i> .	
— Séborrhée, pelade et calvitie, par M. JACQUET. Voir : <i>Séborrhée</i> .	
— Note sur les relations de la séborrhée, de la pelade et des alopécies, par M. BARTHÉLEMY. Voir : <i>Séborrhée</i> .	
— Sur la séborrhée et les alopécies, par MM. H. HALLOPEAU, BARBE et SABOURAUD. Voir : <i>Séborrhée</i> .	
— Sur les folliculites des séborrhéiques et la dépilation qu'elles peuvent provoquer, par MM. HALLOPEAU et LAFFITTE. Voir : <i>Folliculites</i> .	
Aplasia moniliforme. — Sur l'aplasie moniliforme des cheveux, par M. JEANSELME.....	86
Bouton des pays chauds. — Microbe du bouton des pays chauds, par M. DJÉLALEDDIN-MOUKHTAR.....	91
— Note sur un bouton d'Alep, par MM. BROcq et VEILLON.....	240
— Note sur l'inoculation en France des cultures du clou d'Alep, par M. MOTY.	326
— Note sur certaines lésions cutanées mycosiques observées dans les pays chauds, par M. LEGRAIN.....	383
Calomel (Injection). — Voir : <i>Syphilis</i> , <i>Tuberculose</i> et <i>Lupus tuberculeux</i> .	
Calvitie. — Sur la nature, la cause et le mécanisme de la calvitie vulgaire, par M. SABOURAUD.....	106
— Note concernant les alopécies et les séborrhées, par M. SABOURAUD.....	262
— Séborrhée, pelade et calvitie, par M. JACQUET. Voir : <i>Séborrhée</i> .	
Chancre mou. — Un cas de phagédénisme chancrelleux, par M. BALZER.	392
— Traitement du chancre mou par les courants d'air chaud, par M. HARA-LAMB.....	451
Chancre syphilitique. — Voir : <i>Syphilis</i> .	

Chéloïde. — Cicatrice chéloïdienne de la région présternale, consécutive à une cautérisation par la teinture d'iode, par M. THIBIERGE.....	11
— Sur une chéloïde consécutive à l'emploi du collodion, par M. AUDRY.....	140
Clou d'Alep. — Voir : <i>Bouton des pays chauds.</i>	
Congrès. — A propos du Congrès de Moscou, par M. BARTHÉLEMY.....	386
Corne. — Un cas de corne cutanée, par M. COUILLAUD.....	160
Crevasses chancriformes des mamelons, par MM. BALZER et MICHAUX...	437
Cylindrome de la région parotidienne, par M. DU CASTEL.....	60
Dermatite. — Sur un cas de dermatite bulleuse congénitale, par M. AUGA- GNEUR.....	319
— Même sujet, par HALLOPEAU.....	323
— Lésions de la peau et du sang dans la dermatite pustuleuse en foyers à pro- gression excentrique, par M. LEREDDE.....	421
Dühring (Maladie de). — Maladie de Dühring et éosinophilie, par M. DAN- LOS.....	124
Dystrophie unguéale. — Dystrophie unguéale douloureuse à évolution progressive, accompagnée d'arthropathies, par M. RIST.....	415
— Dystrophie unguéale généralisée, par MM. COLLINEAU et THIBIERGE....	418
Ecthyma. — Ecthyma scrofuleux (scrofulides cutanées), par M. GASTOU...	65
Eczéma. — Eczéma séborrhéique sur une cicatrice, par M. AUDRY.....	238
— Note sur le traitement externe de l'eczéma, par M. LEREDDE.....	319
Élections.	216
Éléphantiasis. — Éléphantiasis du bras gauche, par M. GASTOU.....	64
— Pseudo-éléphantiasis de la verge consécutif à l'ablation des ganglions ingui- naux, par M. BRAULT.....	88
Engelures. — Engelures séniles chroniques, par M. MÉNEAU.....	189
Épithélioma. — Épithéliomes kystiques bénins (naevi épithéliaux kystiques), par M. BROCC.....	124
Voir : <i>Lupus tuberculeux.</i>	
Éruption. — Éruption ano-vulvaire peut-être de nature syphilitique, chez une enfant atteinte d'hydrocéphalie et de malformations multiples. (Suite de l'observation de l'enfant présentée à la séance de novembre 1896 par M. DU CASTEL et continuée à la séance de décembre par M. FRU- LARD.) Mort de l'enfant, résultats de l'autopsie, par M. MARFAN.....	82
— Éruption trophonévrotique des extrémités rappelant la dermatitis repens, par M. FRÈCHE. Voir : <i>Trophonévrose.</i>	
— Des exceptions aux lois qui régissent les intolérances médicamenteuses et les éruptions pathogénétiques, par M. MOREL-LAVALLÉE.....	369
Érythèmes. — Inflammation avec pigmentation des réseaux vasculaires su- perficels du derme (érythème pigmenté réticulaire), par MM. BALZER et GRIFFON.....	51
— Érythème récidivant symétrique des extrémités, avec desquamation à larges lambeaux de la paume des mains et de la plante des pieds, par M. THIBIERGE.....	54
— Sur un érythème provoqué par l'ichtyol au pourtour de placards d'eczéma avec persistance d'une zone décolorée en leur voisinage immédiat, par MM. HALLOPEAU et WEIL.....	73
— Sur un érythème récidivant des extrémités; classification provisoire des acrodermatites, par M. AUDRY.....	424
Érythrodermie. — Sur un cas d'érythrodermie prénycosique avec lésions buccales et pharyngées, par MM. HALLOPEAU et WEIL. Voir : <i>Mycosis fon- goïde</i>	
— Érythrodermie exfoliante au cours du traitement du psoriasis par l'acide cacodylique, par MM. BALZER et GRIFFON. Voir : <i>Psoriasis.</i>	

Érythrodermie. — Érythrodermie chronique en réseau avec ichtyose, par M. DANLOS.....	449
Feulard. — Mort du docteur Henri Feulard, par M. BESNIER.....	219
— Notice sur Henri Feulard, par M. HALLOPEAU.....	223
Folliculis. — Voir : <i>Lupus érythémateux</i> .	
Folliculites. — Un nouveau cas de folliculites disséminées prédominant aux mains et aux oreilles chez un sujet atteint de polyadénopathies tuberculeuses, par M. THIBIERGE.....	12
— Sur les folliculites des séborrhéiques et la dépilation qu'elles peuvent provoquer, par MM. HALLOPEAU et LAFFITTE.....	440
Glossite. — Voir : <i>Langue</i> .	
Hématolymphangiome de la langue et du voile du palais, par MM. BROQUET et L. BERNARD.....	394
Huile grise (Injection). — Voir : <i>Syphilis</i> .	
Impétigo. — Cicatrices hypertrophiques consécutives à l'impétigo streptococcique, par MM. BALZER et GRIFFON.....	102
— Impétigo et ulcérations hémorragiques de la peau chez un nourrisson phthisique, par M. AUDRY.....	235
Langue. — Langue géographique et gommès syphilitiques du pharynx, par M. DU CASTEL.....	163
— Macroglossite aiguë streptococcique, par MM. SABRAZES et BOUSQUET... Voir : <i>Leucoplasie</i> , <i>Papillome</i> .	200
Lentigo. — Lentigo mélanique, par MM. BALZER, GAUCHER et MILIAN..	388
Lèpre. — Sur un cas très probable de lèpre bretonne, par M. HALLOPEAU...	253
— Note sur un voyage de reconnaissance de la lèpre dans les Balkans, par M. EHLEBS.....	314
— La lèpre en Algérie et particulièrement à Alger, par MM. GÉMY et RAYNAUD.....	327
— Sur un cas de lèpre; étude histologique des lépromes, par M. AUDRY....	373
Leucoplasie. — Plaques leucoplasiques de la langue chez une malade atteinte autrefois de lupus, par M. DU CASTEL.....	161
— Balano-posthite chronique leucoplasique, par MM. PERRIN et LEREDDE..	452
Lichen. — Lichen circonscrit sans lichénification, par M. DANLOS.....	67
— Lichen annulaire? par M. DANLOS.....	68
— Note sur un nouveau cas de lichen plan buccal en pains à cacheter et en stries étoilées, par M. HALLOPEAU.....	71
— Du lichen plan isolé de la muqueuse buccale, par MM. DUBREUILH et FRÈCHE.....	206
— Pelade et lichen, par M. JACQUET. Voir : <i>Pelade</i> .	
— Note sur un lichen de Wilson avec prédominance d'éléments acuminés pilaires et hyperchromie, par MM. HALLOPEAU et POULAIN.....	301
Lupus érythémateux. — Lupus érythémateux avec squames psoriasiformes de la face et folliculis des mains, par M. DU CASTEL.....	8
— Lésions histologiques tuberculeuses dans un lupus érythémateux, par M. AUDRY.	184
Lupus tuberculeux. — Traitement chirurgical du lupus, par M. NÉLATON.	2
— Épithélioma observé sur un lupus de la muqueuse bucco-pharyngée, par MM. AUDRY et IVERSÈNE.....	41
— Traitement du lupus par le chlorophénol, par M. BARBE.....	126
— Papillome juxta-lupique de la pointe de la langue. Tuberculose cérébelleuse. Voir <i>Papillome</i> .	
— De l'origine nasale du lupus de la face, par MM. MÉNEAU et FRÈCHE...	203
— Traitement du lupus par les injections de calomel, par M. DUBOIS-HAVENITH.....	435

Lymphangiectasie. — Lymphangiectasie dermique spontanée de la face, par MM. BALZER et GRIFFON.....	230
Mal de Meleda , par M. EHLERS.....	311
— Inflammation avec pigmentation des réseaux vasculaires superficiels du derme (érythème pigmenté réticulaire), par MM. BALZER et GRIFFON. Voir : <i>Érythème</i> .	
Mélanodermie. — Pigmentation généralisée revêtant au cou l'aspect de la syphilide pigmentaire développée chez un tuberculeux cachectique, par M. THIBIERGE.....	66
— Mélanodermie de nature indéterminée. Acanthosis nigricans ou maladie d'Addison, par M. FRANÇON.....	136
— Dyschromie cervicale anormale chez une syphilitique, par MM. FOURNIER et DOMINICI. Voir : <i>Syphilis</i> .	
— Pigmentation aréolée siégeant sur la face antéro-externe de l'avant-bras chez une chlorotique de 17 ans non syphilitique, par MM. SPILLMANN et ÉTIENNE.....	424
— Mélanodermie parasitaire avec plaques pigmentées sur la muqueuse buccale, M. DANLOS.....	450
Microsporum. — Note mycologique sur le microsporum trouvé à Parme par M. Mibelli, par M. E. BODIN.....	428
Mycosis fongoïde. — Sur un cas de mycosis fongoïde avec masque spécial et prurigo, par MM. HALLOPEAU et G. BUREAU.....	15
— Quatrième note sur un cas de mycosis fongoïde (éruptions psoriasiformes ; néoplasies sous-cutanées ; lésions rénales ; tentatives d'inoculation à un macaque), par MM. HALLOPEAU, G. BUREAU et WEIL.....	258
— Sur un cas d'érythrodermie prémycosique avec lésions buccales et pharyngées, par MM. HALLOPEAU et WEIL.....	305
— Examen histologique d'un cas de mycosis fongoïde, par M. LAFFITTE.....	326
— Sur un cas de mycosis fongoïde d'emblée avec lésions aiguës multifformes. Vérification histologique, par MM. BESNIER et HALLOPEAU.....	343
— Sur quatre cas (deux anciens et deux nouveaux) de mycosis fongoïde, par M. HALLOPEAU.....	397
— Mycosis fongoïde, par M. DU CASTEL.....	410
Nævus. — Nævi épithéliaux kystiques : Voir : <i>Épithélioma</i> .	
— Nævi systématisés métamériques, par MM. HALLOPEAU et WEIL.....	171
— Nævus vasculaire de la région cubitale ; troubles fonctionnels de l'articulation cubito-humérale ; tuméfaction péri-cubitale ambiguë ; radiographie, par MM. BESNIER et BARTHÉLEMY.....	297
— Nævus vasculaire plan traité par l'électrolyse négative, par M. BROOQ....	328
— Observation de nævus de la main gauche avec troubles trophoneurotiques, par M. BRAULT.....	379
Papillome. — Papillome juxta-lupique de la pointe de la langue ; tuberculose cérébelleuse, par MM. AUDRY et IVERSENE.....	141
Paralysie générale. — Trois cas de paralysie générale progressive chez l'enfant, par M. HAUSHALTER.....	361
Pelade. — Note sur le traitement de la pelade, par M. BRAULT.....	90
— Pelade décalvante chez une femme et son enfant, par M. FEULARD.....	128
— La séborrhée grasse et la pelade, par M. BROOQ. Voir : <i>Séborrhée</i> .	
— Séborrhée, pelade et calvitie, par M. JACQUET. Voir : <i>Séborrhée</i> .	
— Note sur les relations de la séborrhée, de la pelade et des alopecies, par M. BARTHÉLEMY. Voir : <i>Séborrhée</i> .	
— Pelade et lichen, par M. JACQUET.....	296
— Pelade et séborrhée, par M. HALLOPEAU.....	284

Pelade. — Pelade et séborrhée, par M. BARBE.....	286
— Pelade et séborrhée, par M. SABOURAUD.....	287
Phlycténose. — Sur une phlycténose récidivante de la face antéro-externe du pouce, par M. AUDRY.....	188
Psoriasis. — Psoriasis palmaire atypique kératosique, par MM. GAUCHER et HERMARY.....	32
— Psoriasis traité par l'acide cacodylique, par M. DANLOS.....	69
— Étude du sang des psoriasiques au point de vue des éosinophiles, par M. LEREDDE.....	86
— Psoriasis invétéré traité par l'acide cacodylique, par M. DANLOS.....	246
— Érythrodermie exfoliante au cours du traitement du psoriasis par l'acide cacodylique, par MM. BALZER et GRIFFON.....	332
Pyodermite. — Pyodermite eczématiforme, par M. GASTOU.....	353
Rapport annuel sur la gestion du Comité de direction et la situation morale de la Société, par M. HALLOPEAU.....	158
Rétraction des paupières et de la lèvre supérieure de nature indéterminée, par M. DU CASTEL.....	337
Sclérodermie. — Sclérodermie en plaques de type insolite, par MM. DARIER et GASTOU.....	164
Scrofulides cutanées. — Voir : <i>Ecthyma</i> .	
Séborrhée. — Eczéma séborrhéique sur une cicatrice, par M. AUDRY.	238
— Note concernant les alopecies et les séborrhées : Voir <i>Calvitie</i> .	
— Discussion sur la séborrhée et les alopecies.	265
— La séborrhée grasse et la pelade, par M. BROCC.....	265
— Séborrhée, pelade et calvitie, par M. JACQUET.....	276
— Note sur les relations de la séborrhée, de la pelade et des alopecies, par M. BARTHÉLEMY.....	280
— Séborrhée et pelade, par M. HALLOPEAU.....	283
— Séborrhée et pelade, par M. BARBE.....	286
— Séborrhée et pelade, par M. SABOURAUD.....	287
— Sur les folliculites des séborrhéiques et la dépilation qu'elles peuvent provoquer, par MM. HALLOPEAU et LAFFITE. Voir : <i>Folliculites</i> .	
Stoukowenkoff. — Notice nécrologique sur M. le professeur Stoukowenkoff, par M. BARTHÉLEMY.....	157
Syphilis. — De la scrofula oculaire et de sa relation avec la syphilis héréditaire, par M. GALEZOWSKI.....	29
— Troubles oculaires d'origine hérédo-syphilitique, par MM. FOURNIER et SAUVINEAU.....	35
— Sur une gomme primitive et isolée d'une amygdale, par MM. AUDRY et IVERSENE.....	38
— Syphilis sénile ; exostoses extrêmement multipliées ; polyarthrites spécifiques ; subluxation des deux tibias en arrière sur les fémurs ; amyotrophie considérable ; cachexie, par M. FOURNIER.....	74
— Chancres multiples de la face, par M. PETRINI.....	94
— Chancres syphilitiques des deux amygdales contractés par la succion des seins, par M. JULLIEN.....	98
— Un exemple de chancre syphilitique nain, par M. BARTHÉLEMY.....	101
— Chancre syphilitique de la conjonctive bulbaire, par MM. VALUDE et LAUR.....	130
— Lésions gommeuses du membre supérieur gauche, par M. DOMINICI.....	131
— Examen histologique d'une lymphite syphilitique du pénis, par M. AUDRY.....	145
— Langue géographique et gommès syphilitiques du pharynx. Voir : <i>Langue géographique</i> .	

Syphilis. — Chancres syphilitiques de la gencive supérieure à sa face interne, par M. BÉOLÈRE.....	176
— Mastite syphilitique gommeuse, par M. LEGRAIN.....	187
— Récidives in situ d'accidents tropho-névrotiques dans la seconde année de la syphilis, par M. LE PILEUR.....	226
— Vergetures syphilitiques en plaques ovalaires, par M. DANLOS.....	249
— Hérédo-syphilis. Dactylite syphilitique, par M. GAUCHER et BARBE.....	253
— Dyschromie cervicale anormale chez une syphilitique, par MM. FOURNIER et DOMINICI.....	313
— Hérédo-syphilis et cartilages de conjugaison, par MM. SPRINGER et SERBANESCO.....	338
— Un cas de quatre chancres indurés de la face, par M. LEMÉ.....	338
— Hérédo-syphilis et para-hérédo-syphilis directe, c'est-à-dire de première génération ; tare du système nerveux ; cas de tabes dans la jeunesse, par M. BARTHÉLEMY.....	357
— Syphilis héréditaire ; gommes des côtes ; cachexie ; mort, par M. LEGRAIN.....	379
— Chancres syphilitiques de l'avant-bras, par M. FOURNIER.....	429
— Éphélides pigmentaires du cou, manifestation unique de la syphilis, par M. ÉTIENNE.....	422
— Éphélide syphilitique atypique, par M. ÉTIENNE.....	423
— Leucomélanodermie syphilitique chez des indigènes algériens, par MM. GÉMY et RAYNAUD.....	428
— Irrégularités de la contagion syphilitique, par M. BARTHÉLEMY.....	434
— Trois cas de syphilis héréditaire tardive, par M. FOURNIER.....	457
Syphilis (Traitement de la). — Nouvel exemple de stomatite intense et tardive compliquées d'hématémèses et de mélanas à la suite d'injections de mercure insoluble ; tuberculose pulmonaire finale, par M. BENAULT.....	76
— Traitement du chancre par le gaïacol, par M. DJÉLALEDDIN-MOUKHTAR.....	92
— Une salivation grave peut-elle se produire après quatre injections d'huile grise ? par M. LE PILEUR.....	150
— Injection accidentelle de calomel dans un vaisseau, par MM. REY et L. JULLIEN.....	197
— Des injections intra-veineuses de sels mercuriels solubles dans le traitement de la syphilis, par M. ABADIE.....	198
Syringomyélie. — Deux cas de syringomyélie à type Morvan, par MM. GASTOU, LESNÉ et DOMINICI.....	250
Télangiectasie. — Cas de télangiectasies en plaques multiples, par M. BROcq.....	3
Trichophytie. — Deux cas de trichophytie des parties glabres, par M. DU CASTEL.....	9
Trophonévrose. — Éruption trophonévrotique des extrémités rappelant la dermatitis repens, par M. FRÈCHE.....	178
— Cas de trophonévrose cutanée, par M. CRUYL.....	214
Troubles trophiques cutanés d'origine probablement hystérique, par M. LESNÉ.....	133
Tuberculides. — Sur un cas de tuberculides acnéiformes et nécrotiques, par MM. HALLOPEAU et G. BUREAU.....	17
— Nouveau fait pour servir à l'histoire des tuberculides, par M. BROcq.....	22
— Deuxième note sur un cas de tuberculides acnéiformes et nécrotiques (résultats de l'examen bactériologique : origine toxinique), par MM. HALLOPEAU et G. BUREAU.....	48
— Sur une forme papulo-érythémateuse de tuberculides, par MM. HALLOPEAU et LAFFITTE.....	350

Tuberculose. — Tuberculose miliaire en nappe de la muqueuse des joues et des lèvres, par M. THIBIERGE.....	104
— Lésions gommeuses du membre supérieur gauche, par M. DOMINICI.....	131
— Tuberculose en nappe de la muqueuse des joues et des lèvres (suite), par M. THIBIERGE.....	149
— Tuberculose cutanée notablement améliorée par des injections de calomel, par M. FOURNIER.....	232
— Ulcération phagédénique avec éléphantiasis du pied chez une tuberculeuse. Amélioration rapide par le calomel en injection intra-musculaire fessière, par MM. GASTOU et DOMINICI. Voir : <i>Ulcération</i> .	
Ulcération. — Ulcères phlébitiques, par M. GASTOU.....	63
— Ulcères phéniqués des jambes, par M. DU CASTEL.....	309
— Ulcération phagédénique avec éléphantiasis du pied chez une tuberculeuse. Amélioration rapide par le calomel en injection intra-musculaire fessière, par MM. GASTOU et DOMINICI.....	340
— Immense ulcération de nature indéterminée (syphilis?), par M. DANLOS.....	412
— Ulcération papillomateuse de la jambe, par M. DU CASTEL.....	438
Ulcère de Madagascar. — Récidives et complications tardives de l'—, par MM. LEGRAIN et FRADET.....	381
Urticaire. — Un cas d'urticaire géante, avec troubles accusés du fond de l'œil lorsque l'œdème siège à la tête; disparition de l'urticaire, et depuis lors crises mensuelles de vomissements incoercibles pendant deux ou trois jours, par M. LEMONNIER.....	96
— Urticaire chronique à répétition, par MM. BALZER et GRIFFON.....	330
Verrues. — Circoncision incomplète produite par des excroissances verruqueuses du sillon balano-préputial, par MM. RENAULT et TISSOT.....	215
Xeroderma pigmentosum , par M. DANLOS.....	411

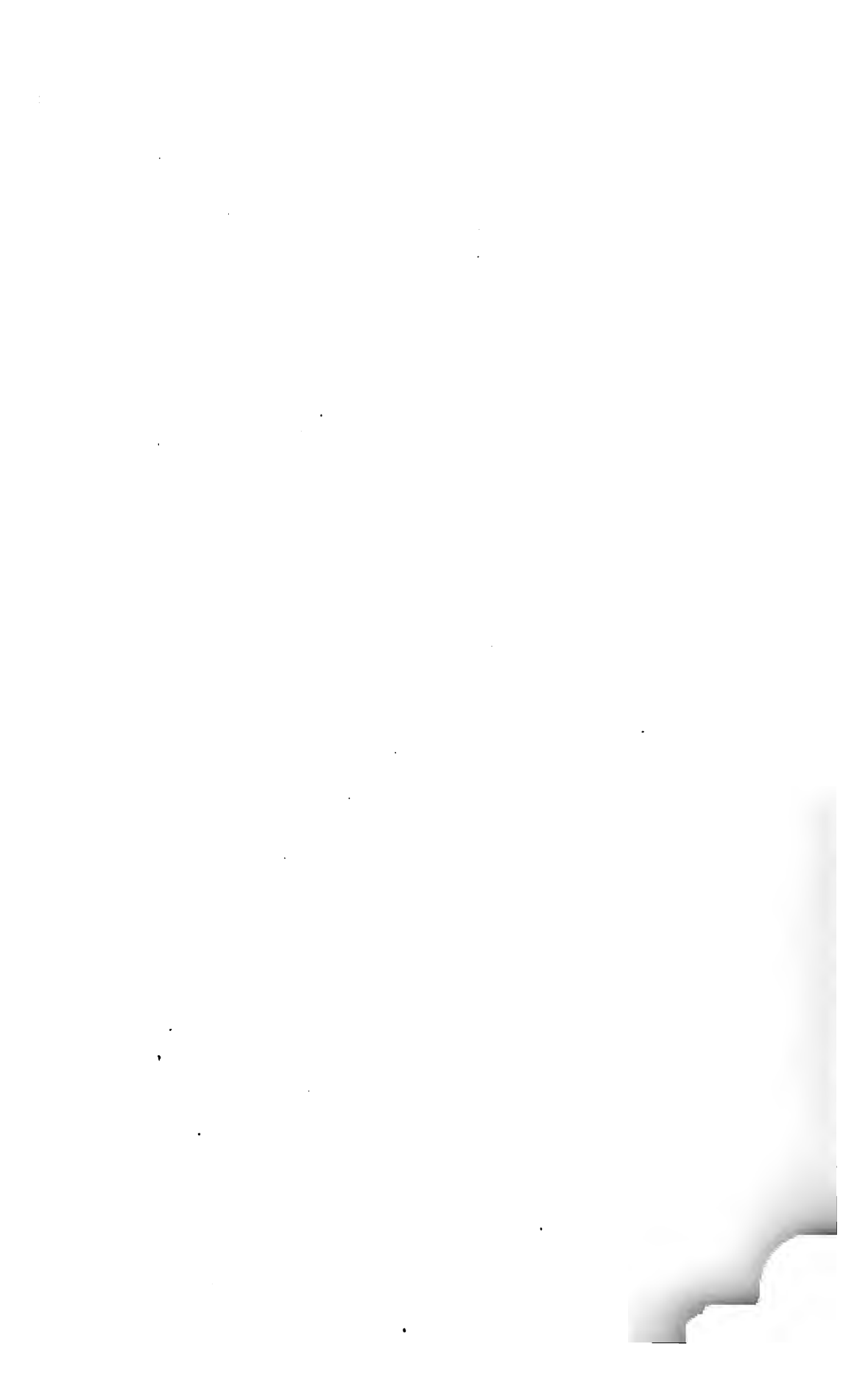
TABLE DES NOMS D'AUTEURS

- Abadie, 198.
 Audry, 38, 41, 138, 140, 141, 145, 184, 235, 238, 373, 424.
 Augagneur, 233, 245, 319.
 Balzer, 51, 102, 230, 249, 330, 382, 388, 392, 395, 487.
 Barbe, 126, 133, 253, 286.
 Barthélemy, 21, 26, 46, 60, 65, 101, 136, 154, 157, 228, 230, 233, 280, 297, 298, 300, 301, 329, 357, 386, 395, 406, 409, 419, 434, 457, 463.
 Baudoin, 230.
 Béclère, 176.
 Bernard (L.), 395.
 Besnier, 11, 17, 27, 126, 129, 219, 246, 249, 258, 297, 300, 301, 305, 339, 343, 387, 406, 408, 409, 410, 412, 414, 417, 420, 421, 463.
 Bodin, 428.
 Bousquet, 200.
 Brault, 88, 90, 379.
 Brocq, 3, 22, 66, 67, 102, 124, 129, 162, 170, 240, 245, 246, 265, 287, 304, 310, 328, 395, 397.
 Bureau, 15, 17, 27, 48, 258.
 Chaillous, 29.
 Collineau, 418.
 Couillaud, 160.
 Danlos, 67, 68, 69, 124, 246, 249, 336, 409, 411, 412, 414, 449, 450.
 Darier, 25, 65, 67, 164, 249, 277, 304, 308, 310, 311, 312, 338, 406, 407, 410, 463.
 Delotte, 83.
 Djelaleddin-Moukhtar, 91, 92.
 Dominici, 131, 250, 313.
 Dubois-Havenith, 408, 409, 410, 412, 435.
 Dubreuilh, 206.
 Du Castel, 3, 8, 9, 10, 60, 161, 163, 300, 309, 337, 391, 407, 410, 438.
 Ehlers, 311, 312, 314.
 Étienne, 422, 423, 424.
 Feulard, 9, 56, 82, 128, 129.
 Fournier, 31, 35, 60, 74, 133, 135, 232, 235, 250, 287, 318, 338, 339, 343, 406, 407, 408, 411, 414, 420, 438, 449, 457, 463.
 Fradet, 331.
 Françon, 136.
 Frèche, 178, 203, 206.
 Galezowski, 29, 38, 66, 233.
 Gastou, 8, 25, 63, 64, 65, 135, 164, 250, 340, 353, 422.
 Gaucher, 82, 253, 388.
 Gémy, 327, 428.
 Griffon, 51, 102, 230, 330, 332.
 Hallopeau, 3, 10, 15, 17, 27, 48, 66, 67, 71, 73, 88, 154, 158, 171, 222, 245, 253, 258, 283, 294, 301, 304, 305, 309, 323, 343, 350, 395, 397, 406, 407, 408, 411, 422, 440, 443, 449.
 Haralamb, 451.
 Haushalter, 361.
 Hermary, 32.
 Iversene, 38, 41, 141.
 Jacquet, 83, 126, 135, 234, 276, 294, 296, 301, 463.
 Jeanselme, 86, 135.
 L. Jullien (d'Alger), 197.
 Jullien, 98, 339.
 Laffitte, 326, 350, 408, 440.
 Laur, 130.
 Legrain, 187, 379, 381, 383.
 Lemonnier, 95.
 Le Pileur, 150, 154, 226, 230.
 Leredde, 22, 59, 86, 135, 309, 310, 319, 397, 407, 414, 421, 422, 440, 452.
 Lesné, 133, 250, 338.
 Marfan, 82.
 Mauriac, 339.
 Méneau, 189, 208.
 Michaux, 437.

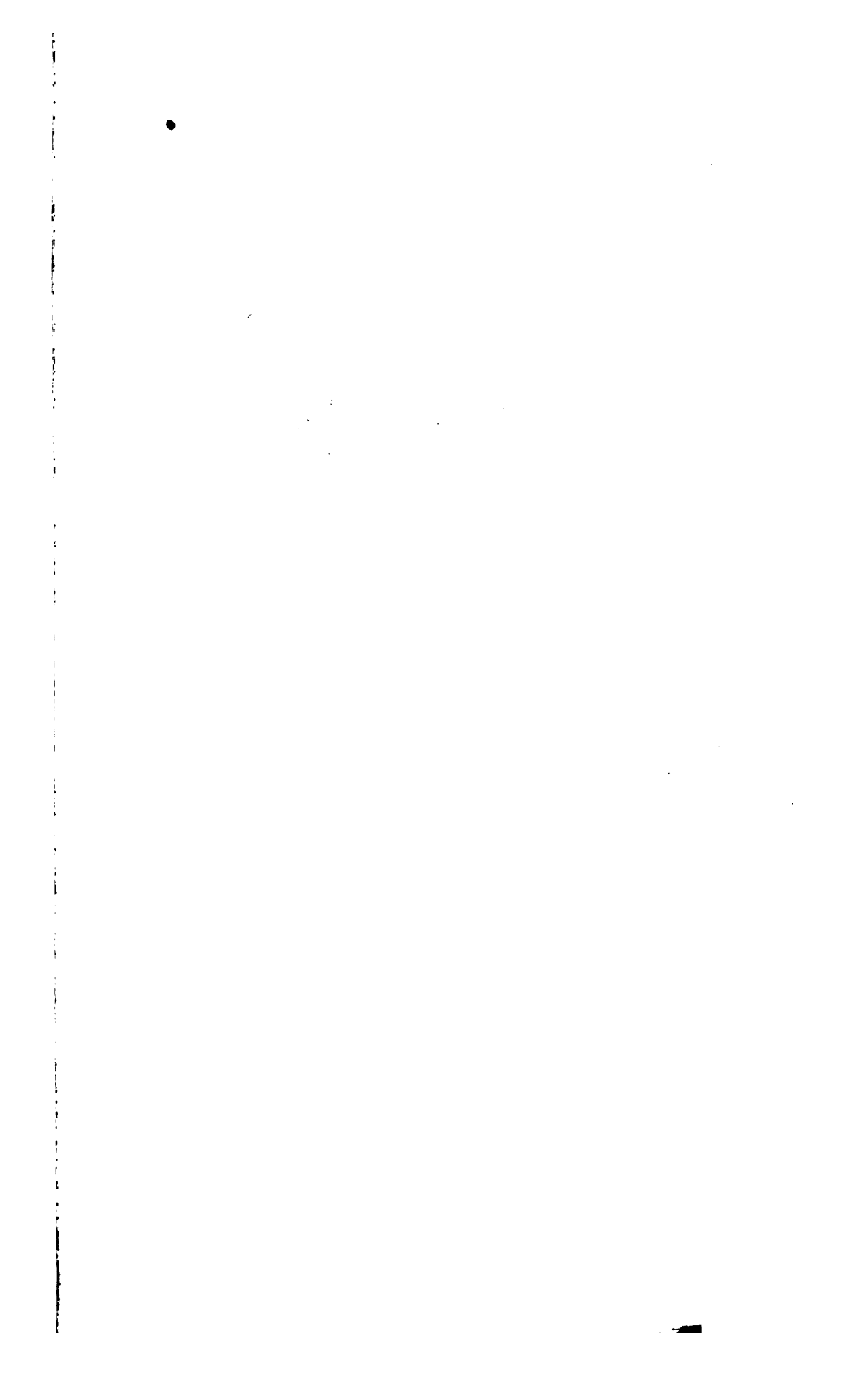
Milian, 388.	Sabrazès, 200.
Morel-Lavallée, 230, 287, 369.	Sauvineau, 35.
Moty, 22, 245, 326, 463.	Serbanesco, 338.
Nélaton, 2, 3.	Springer, 338.
Nicolas, 235, 245.	Tenneson, 11, 236.
Perrin, 452.	Thibierge, 2, 11, 12, 34, 56, 59, 104, 149, 250, 418.
Petrini, 94.	Tissot, 215.
Poulain, 301.	Valude, 130.
Raynaud, 327, 428.	Veillon, 240, 246.
Renault, 59, 76, 153, 154, 215.	Verchère, 452.
Rey, 197.	Vérité, 66, 409, 417.
Rist, 415.	Weil, 73, 171, 258, 305.
Sabouraud, 106, 234, 246, 262, 287, 310, 417, 431, 442, 443.	Wickham, 249, 304, 387.

il

A
r









FOR REFERENCE

NOT TO BE TAKEN FROM THE ROOM



CAT. NO. 33 012

PRINTED
IN
U.S.A.

25121